Jac. W. Creyghton, arts

De tweede helft

Beschouwingen over
de oudere mens
in maatschappij
en bedrijf

De tweede helft

Jac. W. Creyghton, arts

Dit boek van de bekende Nederlandse bedrijfsarts en auteur dokter Jac. W. Creyghton is gewijd aan de vraagstukken, die samenhangen met het ouder worden.

Terecht merkt de schrijver op, dat — ook in wetenschappelijke kringen — de belangstelling voor de ouder wordende mens lange tijd is verdrongen.

Op eerlijke en boeiende wijze, met als achtergrond zijn grote medische ervaring, leidt de auteur het belangrijke onderwerp in.
De gegeven adviezen, gedragen door een wijze en warme belangstelling voor het mens-zijn, zijn van grote waarde voor een ieder in de tweede helft van zijn levensfase en eveneens voor allen, die uit hoofde van hun beroep of sociaal werk met de problematiek van de ouder wordende mens in aanraking komen.
Wij denken met name aan artsen, sociaal werkers, personeelchefs, psychologen e.d.

In zeer begrijpelijke taal geschreven zal dit boek voor vele ouderen een bron van geruststelling, moed en levensaanvaarding kunnen zijn.

UITGEVERIJ VAN HET n.i.b

Prijs f 11.90

Nederlands Instituut voor Gerontologie
Groesbeekseweg 147 - 6521 CN Nijmegen
Telefoon 080 - 22 81 90

De tweede helft

Opgedragen aan mijn Vader.

Druk: Drukkerij Libertas N.V., Utrecht

Clichés: N.V. Grafische Kunstinrichting v.h. Biegelaar & Jansen, Utrecht

Bandontwerp en layout: A. D. Dekkers, Arnhem

Jac. W. Creyghton, arts

De tweede helft

Beschouwingen over de oudere mens in maatschappij en bedrijf

Uitgeverij N. I. B., Zeist

B 731

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/detweedehelft0000jacw

INHOUD

Inleiding	7
Fysiologie van de oudere mens	14
Aanpassing aan ouderdomsveranderingen	23
De aanpassing van de oudere mens	28
De Managerziekte	32
De betekenis van de vrouw in het leven van de man van meer dan 50 jaar	53
Wie maakt promotie, wie wordt opzij gedrukt?	59
Kan de zogenaamde selectieve plaatsing een oplossing brengen?	66
Periodiek geneeskundig onderzoek van alle oudere werknemers	75
Pensionering en voorbereiding daarop	88
De voorbehoeding van de vroegtijdige veroudering	101
Over voeding, roken, andere genotmiddelen, sportbeoefening en vrije-tijdsbesteding bij oudere mensen	109
Behandeling van oudere zieken	130
Revalidatie van oudere patiënten	142
Huisvesting van oudere mensen	153
Slotbeschouwingen	166
Litteratuurverwijzingen	179

For age is opportunity no less
Than youth itself, though in another dress,
And as the evening twilight fades away
The sky is filled with stars, invisible by day.

LONGFELLOW (1807–1882)

Er bestaat in de huidige samenleving een uitgesproken belangstelling voor de oudere mens. Het meest opvallend uit zich deze belangstelling in de snelle opkomst en groei van de gerontologie (de wetenschap van de grijs wordende mens) en daardoor ook van de geriatrie (de ziektekunde van de grijs wordende mens).
De inhoud van dit boek wil enkele punten belichten die van speciaal belang zijn voor de mens van vijftig jaar en ouder, punten dus die betrekking hebben op de TWEEDE HELFT van het menselijke leven op aarde.
Ook die „tweede helft" is dan nog maar een vaag ompaald terrein, want hoeveel jaren telt het leven van de mens en hoe groot is dus die tweede helft, maar vooral, wanneer begint die? Daarbij is, zeer optimistisch, aangenomen dat de mens ongeveer een eeuw leeft en dat dus met vijftig jaar zijn tweede helft begint.

Hoe het ook zij, wanneer de mens de leeftijd van vijftig jaar heeft bereikt, dan is hij toch wel aangekomen op een belangrijk punt. Een punt om even stil te staan en terug te zien, maar eveneens een punt om even de activiteit te staken en eens de

toekomst te beschouwen alvorens verder te gaan; om de vraag te stellen: „Wat heb ik bereikt en wat kan ik nog doen?"
Daarbij stuit men in ieder geval op een belangrijk probleem: „Wanneer is de mens oud, wanneer begint de ouderdom?"
De oplossing van dat probleem plaatst ons ineens midden in de moeilijkheden omdat nu blijkt, dat het aantal jaren dat men geleefd heeft niet beslist of men reeds oud is of nog (lang) niet. De tot nu toe meest gebruikte en als heel betrouwbaar beschouwde maatstaf ontvalt ons dus. Toch is er wel enig houvast. Wij weten zeker dat de jeugd voorbij is en dat de mens op vijftig jaren volwassen is, en méér dan dat. Toch zijn ook dit weer niet veel meer dan woorden, want de nieuwe moeilijkheden rijzen wanneer wij ons de vraag stellen wat volwassenheid dan is.
Zoveel is zeker, op dit bij uitstek biologisch terrein zijn er geen scherpe grenzen en geen duidelijke bakens. De overgangen van kindsheid naar jeugd, van jeugd naar volwassenheid en naar ouderdom, zijn zo geleidelijk dat wij moeilijk kunnen aangeven waar de een ophoudt en de ander begint.

Het lijkt allemaal zo eenvoudig omdat wij in het praktische leven eigenlijk alleen praten over uitgesproken gevallen. Wij kennen de grijsaard, mannelijk of vrouwelijk, en menen hem of haar te begrijpen in zoverre hij of zij verschilt van vroeger. In werkelijkheid zien wij juist de belangrijke overgangen, de wordende grijsaard, de toestand van die groep die in de naaste toekomst tot de ouderen zal gaan behoren, over het hoofd.
Die groep is te talrijk, wij zijn er dagelijks door omringd, vandaar dat wij die groep niet eens meer opmerken, er geen probleem van maken.
Onze waarnemingen zijn gericht op een bepaald tijdstip en daarom fragmentair, en maar enkelen van de beste waar-

nemers zien de continuïteit, de groei van het een uit het ander en vooral, waarom iets zó gegroeid is en niet anders.

Het is in de huidige beschaafde en ontwikkelde landen algemeen gebruikelijk dat de werkzame mens midden in de tweede helft van zijn leven ophoudt met officieel actief aan het produktieproces deel te nemen.
Bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd wordt hij op non-actief gesteld.
De belangstelling, waarin in de eerste volzin van deze inleiding sprake is, richt zich dan ook voornamelijk op de problemen rondom deze pensionering en niet geheel ten onrechte.
Wanneer we onder „ouderen" willen verstaan die groep van mensen, die haar non-activiteit in de naaste toekomst ziet opdagen, dan kan opgemerkt worden dat die groep in West-Europa en Amerika belangrijk groeiende is.
Drs. T. v. d. Brink, hoofd van de afdeling Alg. tellingen en bevolkingsstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek, gaf in een voordracht voor de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie op 21 september '57 in Rotterdam gehouden, de volgende statistische gegevens voor Nederland.
Personen van 65 jaar en ouder:

Jaar	Absoluut	in % van totale bevolking	in % van bevolking van 20–64 jr.
1850	145.000	4.7	9.0
1900	307.000	6.0	12.1
1950	783.000	7.7	14.1
1957	936.000	8.5	15.9

Voor Engeland, België en Frankrijk is de toename zelfs groter.
Aangezien de groep der ouderen haar activiteit ofwel spontaan

staakt, of daartoe door pensionering gedwongen wordt (in Zweden is het zelfs wettelijk voor de man verboden om na zijn 65ste jaar nog in loondienst te werken), komt het er op neer dat de oudere groep van de produktie van de jongeren moet leven. Wat dit betekent wanneer wij, zoals wij boven gezien hebben, er rekening mee houden dat de groep ouderen voortdurend groter wordt, kan men gemakkelijk bedenken.

De problemen rondom de mensen van 50 jaren zijn van verschillende aard.
Op de eerste plaats *van psychologische aard.* Dit wordt hier niet willekeurig vooropgesteld maar juist met de grootste nadruk. Het gehele vraagstuk van de oudere mens, de vraag van de tweede helft is op de eerste plaats een psychologisch vraagstuk. Zolang de geest niet veroudert, blijven de mensen en hun strevingen jong. Wanneer het midden gepasseerd is, komt heel langzaam en sluipend de teruggang. Het duidelijkste is dit wel in de sport, de man van vijftig kan daarin niet meer op tegen de prestaties die de jongeren zonder zichtbare inspanning volbrengen. Het gevoel van deze achteruitgang wordt eerst nog nauwelijks bewust waargenomen. Dringt het eenmaal tot het bewustzijn door, dan brengt het tevens een gevoel van overbodig worden en van isolatie. De mens komt alleen te staan en de vicieuse cirkel is gesloten.

Op de tweede plaats *van politieke aard.*
De emigratie-politiek doet de jongeren voor een deel naar andere landen trekken, waardoor de verhouding van de ouderen tot jongeren in het eigen land in ieder geval ongunstiger wordt.
Het zou verleidelijk zijn in dit verband over de gevolgen van emigratie uit te weiden. Meestal worden die gevolgen namelijk

te somber gezien. Een deel van de emigranten kan zijn plaats in het nieuwe vaderland niet vinden en komt terug. Een klein gedeelte slaagt en is voorgoed verdwenen uit het oorspronkelijke land van herkomst. De onopgeloste vraag is of zij ook geslaagd zouden zijn indien zij waren gebleven en een poging tot slagen in het eigen land zouden hebben ondernomen.
Het is niet zonder meer waar dat de „besten en voor de toekomst van het land meest waardevollen" door emigratie voor hun vaderland verloren gaan.

Op de derde plaats *van sociale aard.*
Past de oudere werknemer wel in het voor de jongeren geldige systeem van sociale verzekeringen en sociale voorzieningen? Worden de jongeren soms niet terecht gehinderd door het feit, dat de oudere meer loon krijgt op grond van zijn langer dienstverband, ofschoon zijn produktiecapaciteit achteruit is gegaan? Vandaar dat er naast het sociale tevens een *economisch* aspect aan het probleem te ontdekken valt.
Eindelijk zullen wij juist uitgebreid *de medische kant* van het probleem van de tweede helft beschouwen. Het medische facet dat ons thans het meest interesseert en waarvoor dit boekje eigenlijk bedoeld is.

De eerste die de ouderdom als een afzonderlijk hoofdstuk van de geneeskunde zag en doceerde was Galenus, die in de tweede eeuw na Christus leefde. De eerste monografie over ouderdomsziekten publiceerde Gabriel Zerbi in 1489. Ook de grote rebel onder de artsen, Paracelsus, publiceerde over dit onderwerp onder de titel:
Fünff Bücher Vonn dem Langen Leben. Zu Strasburg bei Bernhard Jobin. Anno MDLXXIIII.
In het Oosten was het vraagstuk aan de orde geweest door

Maimonides (Mozes Ben Maimon) die zijn leerlingen onderhield over de levensduur van de mens·
In Engeland en Amerika is men in 1939 begonnen met het wetenschappelijk onderzoek van het bejaardenvraagstuk in verenigingsverband.
De Gerontological Society in Engeland dateert van 1945; zij is gegroeid uit de British Club for Research on Aging, die in 1939 werd opgericht.

In Nederland volgde professor Sleeswijk tezamen met de professoren Janssen en Muntendam het engelse voorbeeld door de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie (30 november 1946).
In 1954 verenigden de zich op medisch en sociaal terrein ten behoeve van de bejaarden werkende verenigingen en stichtten een overkoepelend orgaan in de Nederlandse Federatie voor Bejaardenzorg. Sindsdien fungeert de Vereniging voor Gerontologie vooral als wetenschappelijk adviesorgaan van de federatie.

Op internationaal terrein heeft de W.H.O., de wereldgezondheidsorganisatie, o.a. bemoeienis met de zorg voor en de gezondheid van de bejaarden.
Dit alles ontwikkelt zich met moderne spoed en niemand kan nu reeds bepalen, waarheen het uiteindelijk gaan zal en hoe uitgebreid de bemoeienis zal worden.
Het Nederlandse Congres voor Openbare Gezondheidsregeling organiseerde tezamen met de Nederlandse Federatie voor bejaardenzorg in 1936 te Scheveningen een congres inzake het bejaardenvraagstuk. Op dit congres, dat op de ontwikkelingsweg van de gerontologie als een mijlpaal moet worden beschouwd, behandelde professor De Groot de medische kant van

het bejaardenvraagstuk en formuleerde daarbij belangrijke conclusies.
Zo bijvoorbeeld, dat gezonde bejaarden matige tot lichte arbeid kunnen verrichten mits aan bepaalde eisen wordt voldaan o.a. betreffende het tempo waarin de arbeid moet worden verricht. Hij zegt dat produktieve arbeid in de grote bedrijven in het algemeen minder geschikt is voor bejaarden. Hij wijst op de lacunes (op geneeskundig terrein) in onze kennis betreffende de bejaarden en vraagt om studies teneinde deze lacunes te kunnen opvullen.

Fysiologie van de oudere mens

Ouder worden in de somatische, dus de lichamelijke zin van het woord betekent verlies van elasticiteit, verlaging van de stofwisseling, verdwijnen van actief weefsel en vervanging daarvan door minder actief bindweefsel. Dat bindweefsel is dan eerst nog betrekkelijk actief en dus epitheloid (d.i. op epitheel gelijkend), langzaam overgaand in weefsel dat armer is aan protoplasma en meer vezelstof bevat, op zijn beurt weer overgaand in protoplasma-arm weefsel dat bijna uitsluitend uit vezels bestaat en dat dus door schrompeling overgaat in het volkomen inactieve bindweefsel dat ook wel met de naam littekenweefsel wordt aangeduid. De vraag is nu: wanneer begint dit ouderdomsproces?

Verschillende opvattingen zijn hier zeer wel mogelijk. Men zou bijvoorbeeld kunnen verdedigen dat dit begin gezocht moet worden op 22-jarige leeftijd wanneer de laatste kraakbeenvoege in het menselijk skelet zich sluit en de lengtegroei van het lichaam voltooid is.
Men zou ook een enkel orgaan, bijvoorbeeld de ogen, als maatstaf kunnen nemen. De achteruitgang van de ogen die tot brillendragen en staar en relatieve blindheid zal leiden en die reeds direct na de geboorte begint. Men kan dan verdedigen dat de veroudering begint direct nadat het kind bij de geboorte door de doorsnijding van de navelstreng van de moeder is losgemaakt en zijn zelfstandig bestaan begonnen is.
Veelal wordt echter het proces van de procreatie, het ver-

mogen tot het verwekken van nakomelingen, in het middelpunt van het vraagstuk geplaatst. De ouderdom zou dan beginnen als het vermogen om zich te vernieuwen, om kinderen te verwekken, beëindigd zou zijn. Dit laatste stelt ons voor onaanvaardbare consequenties.
De procreatieve potentie van de man duurt veel langer dan die van de vrouw. Bij de vrouw eindigt deze, zoals voldoende bekend, tussen de 45 en 50 jaren; bij de man kan ze voortduren tot op hoge ouderdom.
Bovendien zou het antwoord worden verward door het feit, dat vele mensen de procreatieve functie en de neiging tot het andere geslacht zo nauw aan elkander verbonden achten, dat ze niet in staat zijn een individu te plaatsen in de schaal van de ouderdom in jaren, wanneer dit individu geen kinderen meer kan krijgen maar nog wel neiging heeft de geslachtsdaad te verrichten.

We keren dus maar min of meer ontmoedigd terug naar de maatstaf waarvan we ervaren hebben dat ze onvoldoende en bedriegelijk is, maar die ons tenminste enig houvast geeft en wij zeggen dan dat de leeftijd van degenen die wij wensen te zien als de oudere, als regel begint tussen de 45 en 50 jaar.
We dienen ons daarbij dan bewust te zijn, dat de ene mens op 50-jarige leeftijd al aardig oud kan zijn, terwijl de andere mens op 70-jarige leeftijd nog in het bezit kan zijn van een aantal jeugdige potenties. Wij denken hierbij bijvoorbeeld aan oudere gymnasten waarvan later nog sprake zal zijn.

Ook de verlenging van de levensverwachting die met de levensstandaard in onze twintigste eeuw met sprongen omhoog is gegaan, is een van de oorzaken dat jeugdige eigenschappen thans langer bewaard blijven dan in vroeger eeuwen.

Mogen we Carp geloven dan bedroeg de gemiddelde levensduur:

In het bronstijdperk	18 jaren
Omstreeks Christus geboorte	22 jaren
In de middeleeuwen	35 jaren
Omstreeks 1900	49 jaren
In 1945	65.8 jaren
In 1950	67.2 jaren

De zestigjarige mens van heden is lichamelijk eerst veertig, de zeventigjarige lijkt in zijn mogelijkheden tot het verrichten van werk op zijn vijftigjarige grootvader.
De tachtigjarige is echter in het algemeen niet veel jonger meer dan zijn tachtigjarige grootvader was, en na de tachtig treedt ook nu in het algemeen nog een snel verval van krachten op, zowel lichamelijk als geestelijk.
Dit alles geeft echter nauwelijks een antwoord op de vraag: „Wat is eigenlijk oud, wat is jong?" Novalis zei: „Jong is waar de toekomst overweegt; oud, waar het verleden de overmacht bezit."
Bovendien verschillen de begrippen oud en jong al naar gelang de plaats waar men zich bevindt en naar de tijd waarin deze begrippen onder woorden worden gebracht.
Bij de Bantoenegers staat oud tegenover nieuw en betekent zwak en ziek.
Bij de Grieken betekende oud hetzelfde als wijs.
Bij de Chinezen van het vóór-communistische China was oud een eretitel en betekende zoveel als eerbiedwaardig, ervaren.

In ieder geval is het ouder worden, het verouderen, een fysiologisch proces dat reeds een aanvang neemt met de geboorte.

Dr. Ir. F. Q. den Hollander

Oud-President der N.V. Nederlandsche Spoorwegen

Dr. ir. Den Hollander werd op 31 mei 1893 te Goes geboren en koos na zijn opleiding tot ingenieur een loopbaan bij de spoorwegen in het voormalig Nederlandsch-Indië.
Op veertigjarige leeftijd werd hij benoemd tot hoofdingenieur, in 1936 volgde zijn benoeming tot chef van exploitatie der staatsspoorwegen op Zuid-Sumatra; korte tijd later werd hij chef van exploitatie der Westerlijnen op Java. Na zijn Europees verlof naar Nederland volgde in 1938

een benoeming tot onderdirecteur van het staatsbedrijf der artillerie-inrichtingen, waarvan hij in 1940 directeur werd.
Na de oorlogsjaren 1940-1945 werd de heer Den Hollander directeur-generaal van het verkeer bij het directoraat van het verkeerswezen. 1 maart 1946 volgde zijn benoeming tot directeur, plaatsvervangend president der N.V. Nederlandsche Spoorwegen. Van 1 januari 1947 tot 1 januari 1959 bekleedde hij de hoge functie van president der N.V. Nederlandsche Spoorwegen. Zijn activiteiten leidden o.a. tot de opbouw en de modernisering van een sterk door oorlogsgeweld getroffen spoorwegbedrijf, dat thans de toets der internationale kritiek glansrijk kan doorstaan.
De verdiensten van de heer Den Hollander brachten hem op 26 september 1955 de benoeming tot doctor in de technische wetenschap honoris causa van de Technische Hogeschool te Delft. Daarnaast werden hem talrijke zowel binnen- als buitenlandse onderscheidingen uitgereikt.

Wie mocht denken, dat dr. ir. Den Hollander van een welverdiende rust zou genieten, komt bedrogen uit! Het voorzitterschap van het Verbond van Nederlandsche Werkgevers en van het college van curatoren van de Technische Hogeschool te Delft, om zijn andere activiteiten niet te noemen, bezorgen hem – volgens zijn zeggen – een meer dan volledige dagtaak!

Dit fysiologische proces gaat gepaard met bepaalde veranderingen aan organen in het lichaam die als pathologisch, als ziekelijk kunnen worden beschouwd wanneer zij te vroeg optreden of wanneer zij optreden in een mate die op de gegeven leeftijd niet meer als normaal kan worden gezien.
Zolang deze veranderingen dus binnen zekere, door ons voor normaal aangeziene, grenzen blijven, behoren ze tot de fysiologie van de ouderdom.
De vaatverkalking of athero-sclerose stond in de laatste helft van de vorige eeuw in het midden van de medische belangstelling en Wenckebach, de grote internist uit Wenen, die ook in Groningen heeft gedoceerd en zich later specialiseerde op het gebied van de aandoeningen van hart en vaten, zei met grote overtuiging: „De mens is zo oud als zijn vaatstelsel."
Andere klinici die gespecialiseerd waren in de ziekten der spijsverteringsorganen zeiden met evenveel overtuiging: „De mens is zo oud als zijn maagdarmkanaal, de spijsverteringsorganen beslissen over het oud-worden. De verschijnselen van de vaatwandverkalking zijn per slot van rekening stofwisselingsverschijnselen, waarbij de stofwisseling van de vetten een overwegende rol speelt. Immers de kalkafzetting in de vaatwand begint met een vettige degeneratie van de later te verkalken plek."

Sommige zenuwartsen hebben de laatste tijd beweerd, dat oud worden een kwestie is van psychische belasting en sommigen gingen zelfs zover, dat ze ouder worden wilden zien als een soort autosuggestie. De mensen worden ouder, beweerden deze laatsten, omdat zij hun grootvaders naäpen. U ziet het lezer: ook de arts weet niet het juiste antwoord op de vraag wat ouder worden eigenlijk is en waardoor het wordt veroorzaakt.
Om het antwoord op deze vragen te benaderen zullen we dus

een andere weg gaan bewandelen en wel deze, dat we ons thans af zullen vragen welke gevolgen we dan waarnemen als resultaat van dat proces van veroudering.

Waardoor wordt de ouder wordende mens gekenmerkt?
Geboorte, ouder worden en dood gaan, behoren tot de oerverschijnselen van het leven. Men mag het ouder worden tijdens een natuurlijke ontwikkeling dan ook niet als een ziekte beschouwen, doch men moet dit opvatten als een fysiologisch proces dat zeer lang met een fysiologische arbeidscapaciteit verenigbaar kan zijn.
Het ouder worden is bij elk individu in elk stadium van zijn ontwikkeling verschillend in intensiteit en lokalisatie. Dit laatste wil dus zeggen dat bepaalde organen en speciaal organen die overmatig worden belast, gedurende een bepaalde tijd merkbaar ouder kunnen zijn geworden. De overbelasting heeft geleid tot een „slijtage". Denk bijvoorbeeld aan gewrichten die na een bepaalde overbelasting plotseling verschijnselen van „reumatische" aard gaan vertonen.
Het verouderingsproces verloopt dus strikt individueel en bepaalt de kans op ziek worden, de gezondheidstoestand en de levensverwachting op een zeker ogenblik.
Ouderdomsverschijnselen geven weer, hoe het gehele individu zich aan het proces van het ouder-worden aanpast.
Bestaat er tussen dit aanpassingsvermogen en de eisen die daadwerkelijk aan het individu gesteld worden een wanverhouding, die op den duur niet kan worden gecompenseerd, dan leiden de op zichzelf fysiologische „slijtage"-processen tot de een of andere ouderdomsziekte.
Wenckebach (zie boven) krijgt daarbij in zoverre gelijk, dat de reacties van het circulatieapparaat (hart en vaten) daarbij een zeer overwegende rol spelen.

Speciaal in de laatste tijd, te beginnen met de jaren na de oorlog is de belasting van de organen van onze circulatie via 't autonome zenuwstelsel, dat is, via het steeds meer jachtende leven, enorm groot.
Daarbij staat niet alléén de vaatwandverkalking op het podium. Vroeger heeft men het zó wel eens willen zien. De klinicus voelde naar de hardheid van de vaatwand en meende verkalkte plekken daarin waar te nemen. De patholoog-anatoom ging na het overlijden van de patient op zoek naar de beschadigingen van de vaatwand en getracht werd de tijdens het leven waargenomen klinische verschijnselen en de na de dood gevonden anatomische afwijkingen onder één verklarend gezichtspunt te brengen.
Dat men daarin lang niet altijd slaagde wekte de verwondering van de eenzijdig opgeleide specialist en verminderde op den duur het vertrouwen in de „officiële" geneeskunde.

De school van Leriche (Straatsburg) heeft ons de betekenis van de gehele vaatreactie op „stress" met name de betekenis van de vaatkramp, veel scherper doen zien.
Wat vroeger als vaat*verkalking* anatomisch gezien werd, blijkt als vaat*kramp* een veel meer functioneel karakter te hebben. De hieruit voortvloeiende ziekelijke toestanden kunnen zich uiten aan de bloedvaten van de ledematen in de vorm van perifere circulatiestoornissen door kramp van de perifere vaten (ziekte van Raynaud) of door verdikking van de vaatwand en vernauwing van het vaatlumen (ziekte van Bürger).
Meer centraal aan het hart zelf openbaren deze aandoeningen zich als hartkramp (angina pectoris) of als het tegenwoordig zo vaak genoemde en zo veel gevreesde hartinfarct of thrombose van de kroonslagaders van het hart. In meer chronische vorm vindt men dan verschijnselen van hartspierdegeneratie

(myodegeneratio cordis) of wel van een verhoogde bloeddruk waarvoor men vroeger wel de verkalking van de grote lichaamsslagader aansprakelijk wilde stellen.
Verder kunnen orgaanstoornissen optreden waarvan de toevoerende vaten door het spastische proces zijn aangetast; het meest berucht daarbij zijn de met toenemende leeftijd steeds meer afnemende functies van de hersenen, een langzaam voortschrijdende dementie, door een langzaam slechter wordende bloedverzorging van hersenschors en hersencentra.

Naast deze veranderingen aan de bloedvaten en de daardoor veroorzaakte en daaropvolgende degeneratie, in de eerste plaats in functioneel opzicht, van alle door de aangetaste bloedvaten verzorgde organen, spelen verder de aan het bewegingsapparaat met name de aan het skelet en het bandapparaat optredende verschijnselen bij de veroudering een grote rol.
Men kan in de verte, aan de manier van lopen, reeds beoordelen of iemand jong of oud is. De bewegingen vertellen U dat. De veranderingen die door de leeftijd aan botten en banden optreden worden samengevat in de diagnose: arthrosis deformans (letterlijk: een deformerende aandoening van het gewricht).
Veranderingen van deze aard komen bij oudere mensen het meest voor aan het heupgewricht, de wervelkolom en de handen. Zij klagen over pijn en noemen dat reumatische pijnen; er bestaat een lichte bewegingsbeperking. Op de röntgenfoto zijn dan vaak afwijkingen te vinden die verder zijn voortgeschreden dan men bij het eerste bezien van de patient zou vermoeden. In een later stadium worden de deformaties dan duidelijk met een langzaam voortschrijdende invaliditeit. In hoeverre de afwijkingen aan de longen, het seniele emfy-

seem, en de bij oudere mensen zo vaak waargenomen chronische bronchitis, een gevolg zijn van de bovengenoemde vaataandoeningen, is niet nauwkeurig bekend.
Het ouderdomsemfyseem en de ouderdomsbronchitis kunnen ook opgevat worden als een achteruitgang van de vitaliteit van het weefsel van longen en luchtweg door toename van bindweefsel en daardoor mede achteruitgang van de elasticiteit. Waarschijnlijk is wel, dat deze weefselveranderingen niet uit een enkele gezichtshoek bezien kunnen worden.
Hier speelt een constellatie van factoren de rol van oorzaak en kunnen we niet spreken van één veroorzakende factor.

De conclusie kan dus voorlopig zijn, dat datgene wat men onder veroudering verstaat een complex van verschijnselen is, dat gedeeltelijk zijn oorsprong vindt binnen het levende organisme zelf (stofwisseling, interne secretie e.a.), gedeeltelijk buiten het lichaam te zoeken is en dan met de algemene naam *stress* kan worden samengevat.
Maar weinig mensen zijn er zich van bewust dat onder deze stresses ook gerekend moet worden een overmatig rijke en abundante voeding. De belangstelling van verschillende groepen onderzoekers voor de schadelijke invloeden die er van onze voeding uit kunnen gaan, is de laatste jaren belangrijk gegroeid en men heeft juist op dit gebied feiten gevonden, die deze belangstelling in alle opzichten rechtvaardigen.
Dat verder de menselijke psyche bij alle verouderingsprocessen een belangrijke rol speelt, blijkt al uit het feit, dat iedereen het proces van veroudering waaraan wij allen dagelijks onderworpen zijn, volkomen negeert. Zelfs de wetenschappelijke belangstelling dateert pas in meer uitgebreide vorm van de laatste jaren, en dat, terwijl men eigenlijk zou moeten verwachten dat sedert het allereerste begin der mensheid de vraag-

stukken over veroudering en dood in het middelpunt van de belangstelling zouden hebben gestaan.

Duidelijk is dus het verouderingsproces uit ons bewuste denken „verdrongen" en het proces van verdringing ondergaan alleen maar psychisch belangrijke inhouden van ons bewustzijn.
Zowel de verouderingsprocessen in het centrale zenuwstelsel als de stofwisselingsverschijnselen van de veroudering in de inwendige organen zijn toegankelijk voor wetenschappelijk onderzoek. Er is dan ook geen reden om aan te nemen dat zij uiteindelijk niet voor behandeling of voor preventieve maatregelen toegankelijk zouden zijn.
Men zal er rekening mede moeten houden dat bij de oudere mens allereerst de reactiesnelheid gaat afnemen. Nieuwe opvattingen en nieuwe handelingen worden langzamer aanvaard en aangeleerd. Een hoog tempo kan niet meer worden gevolgd. De toegenomen ervaring treedt daarbij voor een deel compenserend op. Lichamelijk zwaar werk met een eenvoudige routine kan tot op hoge leeftijd worden volgehouden wanneer de mens zijn eigen tempo kiezen mag.

Aanpassing aan ouderdomsveranderingen

De ouderdom komt met gebreken en daarom is de ouderdom een maatschappelijk probleem. Soms ziet men pogingen aangewend dit te ontkennen. Men verwijst dan naar Churchill en naar Adenauer, naar Leonardo da Vinci en naar Goethe, maar dit is verwijzen naar uitzonderingen en daar komt men niet veel verder mee.
Wat de mens in deze moderne jachtige periode met zijn belangstelling voor het wereldruim en afstanden in lichtjaren en supersonische snelheden volkomen mist, dat is de *kunst* van het oud worden. Dat is de kunst te komen tot een bepaalde leefmethodiek die hem in staat stelt niet alleen het naderen van de ouderdom zonder onrust onder het oog te zien, maar die ouderdom zelf tot een genietbaar levenstijdperk te maken.
Om deze kunst te verwerven zijn twee dingen noodzakelijk.

Op de eerste plaats het leren *zien* van de eigen situatie. Daarbij is leiding nodig, de mens ziet niet gauw zijn eigen situatie zoals deze is, wanneer dat zien het aanvaarden van enkele minder plezierige waarheden medebrengt. En dat is tevens dan het tweede punt, dat het geziene als waarheid *aanvaard* moet worden.
Meestal is de toestand nog zo dat de ouder wordende mens niet zien wil dat de jongere generatie volwassen is geworden en meent een eigen oordeel te mogen hebben. De ouder wordende mens ziet niet, dat de tijd toen zijn woorden een evangelie waren voorbij is, dat de volgende generatie zelfstandig

gaat denken en de afgestompte waarheden van hun „ouderen" toetst aan de scherpe zure realiteit. Meestal ziet de ouder wordende mens niet (want hij wil het niet zien) dat de jongere generatie in maatschappij en bedrijf er reikhalzend naar uitziet, zijn plaats in te nemen en zijn werk te gaan doen. De ouder wordende mens kan niet inzien dat de situatie ook vaak zó is, dat die wachtende jongere dat werk ook eigenlijk beter zou kunnen doen. De oudere mens wil en kan niet zien dat de door hem vroeger geleerde en reeds zo lang gehuldigde en (volgens hem) zo beproefde opvattingen door de gehele volgende generatie verouderd en verdroogd en duf en overwonnen worden gevoeld.

De kunst van het zien van de eigen reële situatie en vooral van de aanvaarding van het geziene als reëel, moet geleerd worden en wel VROEG geleerd. Wanneer de mens voor zijn terugtreden staat is het te laat om te beginnen met leren zien en wanneer de mens nog ver van zijn pensioen verwijderd is, lacht hij de mensen uit die hem zouden willen leren iets te zien waar hij nog zo ver vandaan staat. Ook hierbij treedt de funeste werking op van de verdringing waar in het vorige hoofdstuk over gesproken werd. De idee van oud worden (veelal gekoppeld aan de idee van uit dit leven verdwijnen, dood gaan) is voor ons bewustzijn niet toelaatbaar. Wanneer we er al eens een ogenblik bij stil staan, wordt het werkelijk nadenken hierover snel op de achtergrond geschoven onder de stille motivering dat dat allemaal nog zo ver weg ligt, dat daarover nu nog helemaal niet gedacht behoeft te worden. Daarmede wordt de idee „oud worden" in de zin van „oud zijn" geheel uit het bewustzijn geschoven en de terugkeer wordt geblokkeerd. Daarna wordt alles wat die geblokkeerde deur zou kunnen openen en dus het nare idee weer terug zou kunnen

brengen, in het bewustzijn eveneens met de mantel van onverschilligheid, van onbelangrijkheid, van niet ter zake doende, bedekt. Men krijgt de mensen er eenvoudig niet toe om de kunst van oud worden bijtijds te willen leren en dus moet dit leren als een onderdeel van het normale levens- eventueel arbeidsprogramma worden opgelegd. U voelt dus dat hier een taak ligt voor het bedrijf waarin de man werkzaam is, een taak waaraan nog niet eens begonnen is.

Er moeten middelen gevonden worden om de frustratietolerantie te verhogen. Iedereen wordt door het dagelijkse leven teleurgesteld, achteruitgezet, vernederd. Dat is normaal waarbij het feit of wij daarbij ons psychische evenwicht bewaren, afhangt van ons psychische incasseringsvermogen. We kunnen ook spreken van acceptatie-mogelijkheid dan klinkt het een beetje meer aanvaardbaar. Bij de bespreking van de managerziekte komen we hier uitvoeriger op terug.
Welnu, dat incasseringsvermogen moet al vroeg verstevigd worden, door de belichting van de ware aard en achtergrond van kritiek en onderwaardering en van over het hoofd zien door de chef. De psychologie van de jaloezie en van de kleine man die groot wil schijnen en daarvoor desnoods de prestaties van zijn ondergeschikten gebruikt, moet worden blootgelegd en de mens moet vroeg geleerd worden om over de vernederingen van het dagelijkse leven te glimlachen.
Aan de andere kant moet reeds vroeg en uitvoerig ingegaan worden op de vraag: „Welke rol speel ik?" (later komt daar het woordje „nog" achter te staan: welke rol speel ik nog?). Daarbij moet niet alleen gedacht worden aan de relaties tussen individu en buitenwereld, gezin, familie, vrienden, gemeenschap en bedrijf, maar minstens even nadrukkelijk de relaties van het individu met het eigen IK.

Het werd reeds eerder gezegd: de meeste mensen hebben niet geleerd zichzelve te zien, ze hebben dat ook nooit aangedurfd. Wanneer de mens dat wel durft te doen, dan komt hij voor de niet vleiende feiten dat hij minder voornaam, minder knap, minder geacht en minder geliefd is dan hij in het dagelijkse leven meent te mogen geloven. Wanneer hij dan ook nog moet durven zien dat hij laf is en kruiperig tegenover zijn meerdere, en uit de hoogte en met een groot gebrek aan naastenliefde tegenover zijn minderen of dat hij een verwaande uitbuiter is, conservatief en gekant tegen alle vooruitgang, dan wordt het wel heel erg moeilijk om het eigen incasseringsvermogen te trainen door dit alles herhaaldelijk en koel onder de ogen te zien.

Wat van de ouder wordende mens gevraagd wordt, is voldoende zelfkennis te vinden voor een aanpassing van binnenuit aan zijn eigen ouderdom, daarbij geholpen van buitenaf.
Het bovenstaande kan hem worden bijgebracht in groepsbijeenkomsten uitgaande van zijn organisatie, vereniging, club e.d., beter dan van zijn werkgever, die er veel te veel bij betrokken is en er veel te veel belang bij heeft, waardoor onwillekeurig de neiging in zal sluipen er propaganda van te maken in plaats van voorlichting.
De behandeling van deze stof op groepsbijeenkomsten maakt alles meer neutraal en daardoor minder pijnlijk, maar wel moet gevreesd worden dat het gezegde daardoor aan overtuigingskracht inboet.
Maar vóór alles, deze voorlichting, deze training zoals ik het hierboven noemde moet op tijd geschieden en niet te laat. De methode die wel eens gevolgd is, dat een paar oude aftandse en elders niet meer te gebruiken functionarissen die toch in hun laatste jaren lopen, aangesteld worden als „huisbezoeker"

om dan pas-gepensioneerden te gaan vertellen wat ze nog kunnen doen en hoe ze hun schijnbaar lege en nutteloze leven nog kunnen vullen met zich beschikbaar te stellen voor liefdadigheid, is principieel en helemaal fout.

Wat de mens door overtuiging van buitenaf moet leren inzien en aanvaarden, kan samengevat worden in een paar punten:

1. Er zal veel van zijn incasseringsvermogen worden gevraagd.
2. Hij zal bij anderen geen waardering vinden voor wat hij gedaan heeft in zijn lange loopbaan, nadat zijn afscheidsreceptie is afgelopen en zijn pensioen een feit is.
3. Hij is dan ook ouwerwets en passé, maar zijn opvolgers zullen ook eens zo ver zijn en al zijn voorgangers zijn door hem door dezelfde bril gezien als waardoor hij nu bekeken wordt. Such is life!
4. Hij overschat zichzelf en meent dat hij niet gemist kan worden en dat alles zonder hem weldra in de knoop zal zitten; deze opvatting is geheel en al onjuist, want er zullen nog verschillende generaties komen, die allen met meer ervaring en een betere opleiding er meer van terecht zullen brengen dan hun voorgangers, waaronder ook hij hoort.

Dit alles, niet in letterlijk deze bewoordingen, maar met veel tact en geduld en vooral met overtuiging, moet gezegd worden in de bovenbedoelde voorbereiding die dus op relatief vroege leeftijd moet beginnen.
De titel van deze instructie moet zijn: HET LEVEN EN IK!

De aanpassing van de oudere mens

De oudere mens heeft door ervaring geleerd; hij heeft door die ervaring zichzelf voortdurend gecorrigeerd. Na het verwerken van de opgedane ervaring heeft er een heronderzoek plaats gehad. Er is daardoor een ruimere belangstelling ontstaan, hij weet meer, hij ziet meer, hij ziet nu ook meerdere kanten. Hij benadert de problemen van het dagelijkse leven echter minder emotioneel, hij heeft geleerd die problemen vanaf een grotere afstand te bezien. Hij maakt daardoor de indruk zijn enthousiasme kwijt te zijn, maar wat gebrek aan enthousiasme schijnt, is alleen maar meer bezinning.
De ouder wordende mens ziet tevens meer mogelijkheden, hij staat daarom voor een meer ingewikkelde keuze en komt daardoor moeilijker tot een beslissing.

Daardoor zijn de onderlinge verschillen tussen ouderen veel groter dan tussen jongeren. Wanneer een aantal jongeren samenkomt, verdwijnen de individuele verschillen in de gezamenlijke reacties. Hun individualiteit is nog te labiel dan dat zij zich niet veiliger zouden voelen als een collectie. Zij hebben neiging om elkaars reacties op buiten de collectie geschiedende dingen na te bootsen en te standaardiseren. Zij weten nog niet wie en wat ze zijn en zijn doodsbang dat te laten blijken. Zij hebben meer gevoel voor het type dat zij vertegenwoordigen, dan voor enig individu. In een gezelschap ouderen vindt men meer individualiteit, de oudere geeft zijn eigen vormen niet meer op. Hij gaat „de anderen" meer uit de weg, wil ze ook

niet hinderen of meeslepen. Zij hebben meer respect voor elkanders uiteenlopende overtuigingen, maar zijn niet meer bereid hun eigen op lange ervaring berustende oordeel op te geven.
De bejaarden zijn langzamer, zij aarzelen, zij vergeten en zij vergissen zich.

Daartegenover staat dat de gewoonte een machtige rol speelt. Wanneer ouderen moeten handelen doen ze dat liever volgens ingeslepen gewoontebanen, dan volgens een vooruit bedacht plan. Hun handelingen in bepaalde situaties zijn daardoor gemakkelijker te voorzien. De secretaris van een oudere directeur kan bijna met zekerheid voorspellen wat de „oude" zal goedkeuren en zal afkeuren en wat hij onder bepaalde omstandigheden zal zeggen en welke argumenten hij daarbij zal gebruiken.
De ouderen zijn niet zozeer door onvermogen als door instelling afgekeerd van de wereld waarin de dingen GEDAAN worden. Misschien is deze instelling ook oorzaak van het feit dat vele ouderen, die lang niet meer zoveel omhanden hebben als toen ze twintig jaar jonger waren, zich toch niet vervelen. Zij denken meer en doen minder en hebben daardoor waarschijnlijk een rijker leven dan vele jongeren die van het ene evenement naar het andere jachten, zonder ooit iets te kunnen beLEVEN.
De oudere mens heeft echter mede daarom een wereld nodig waarin hij de weg weet. Het is steeds weer frappant waar te nemen, hoe gedesoriënteerd een oudere kan zijn wanneer hij plotseling uit de oude vertrouwde slaapkamer wordt weggehaald en overgebracht wordt naar een hem of haar volkomen onbekende omgeving (ziekenhuis). Zij begrijpen dan niet dat die deur naar buiten, naar de gang, die toch altijd aan

de linkerkant van hun bed is geweest, nu plotseling in de rechterhoek van de kamer terecht is gekomen.
De neiging van sommige grote werkgevers om het verwerven van een eigen woning te bevorderen, om de bij hen werkzame werknemers, groot en klein, het mogelijk te maken bijtijds zelf te bouwen, bestaat dan ook zeer terecht. De neiging om aan de verwezenlijking van de eigen woning grote sommen aan subsidies en tegemoetkomingen te besteden is alleszins toe te juichen.
En een van de redenen waarom die steun aan de werknemer zo nuttig is, is dat bij een juist gebruik van deze tegemoetkomingen bereikt wordt, dat op latere leeftijd vele werknemers in het bezit kunnen zijn van een eigen huis waarin ze al jaren lang wonen en waarin ze „thuis" en dus georiënteerd zijn.
De desoriënterende ervaring dat er dan op latere leeftijd moet worden omgeschakeld op een nieuw verblijf, blijft hun dan bespaard en veel onverdiend leed wordt op deze wijze voorkomen.

Aan de andere kant zal de man die zijn pensioengerechtigde leeftijd gaat naderen, op tijd opmerkzaam gemaakt moeten worden op de dingen die hij noodzakelijkerwijze gaat verliezen; evenals hem duidelijk dient te worden gemaakt wat hij kan behouden en wat hij gaat winnen.
Alles wat de man die straks het bedrijf gaat verlaten moet weten en wil weten, moet hij vandaag aan de dag nog zelf gaan nasnuffelen. Op geen enkele wijze wordt die man behoorlijk voorbereid, er wordt zelfs niet voor gezorgd dat hij aan een bevoegde instantie de weg kan vragen waar hij datgene wat hem zo gaat interesseren te weten kan komen.
Ons bedrijfsleven is tot nu toe in dit punt wel schromelijk tekort geschoten. De belangstelling voor de man die zoveel jaren het

grote (of kleine) bedrijf heeft gediend, die er mee is opgegroeid en medegeholpen heeft de onderneming te doen groeien, die belangstelling vindt U in vele artikelen op geduldig papier gedrukt en met grote overtuiging op vergaderingen voorgelezen. In de praktijk, in de kantoren en hallen van de onderneming, daar is deze belangstelling nog steeds niet doorgedrongen, daar zoekt men hem tevergeefs en wat erger is, daar zoekt ook de man die voor zijn pensionering staat hem tevergeefs.
Hij moet toch inlichtingen krijgen over de luxe en het comfort dat hij zal moeten opgeven en wat hij daarvan zal kunnen redden. Over de vergoedingen die hem ontvallen en over die zaken welke hij zal kunnen blijven genieten. Over de rechten die hij behoudt bij ziekte en over de uitkeringen die hij daarbij niet meer zal kunnen ontvangen. Eindelijk welke plichten hij houdt tegenover de fiscus en welke voorrechten hij van die zijde zou kunnen verwachten.

De managerziekte

De „ziekte der managers" heeft in de afgelopen 10 jaren nogal wat aanleiding tot controversen gegeven. Burger vraagt zich af – in de Onderneming van juli 1955 – of er eigenlijk wel een ziekte, karakteristiek voor leiding gevende personen, bestaat. Hij heeft min of meer neiging deze vraag ontkennend te beantwoorden.
Gauger gooit het over een heel andere boeg en spreekt in overeenstemming met de maar al te bekende ziekte, angina pectoris, over deze en andere hartaandoeningen, speciaal nerveuze hartaandoeningen veroorzakende, angina temporis: de tijdnood waarin de leiding gevende moderne mens voortdurend verkeert.

Schmeink neemt het heel ernstig, hij schreef een brochure met de titel: „Wacht U voor de Managerziekte". Hij geeft talrijke maatregelen aan waardoor deze aandoening zou zijn te voorkomen. Onder deze maatregelen neemt een goed georganiseerde vakantie een vooraanstaande plaats in. Wij zullen verderop zien dat wij het in grote trekken met de door Schmeink genoemde voorbehoeding eens zijn.
Warning schreef in Hippokrates een artikel onder de titel: „Die Managerkrankheit des kleinen Mannes und naturgemäsze Wege zu ihrer Bekämpfung". Hij legt daarmede wel de vinger op de wonde plek, de managerziekte is helemaal geen ziekte die alleen bij managers zou voorkomen. Ook de „kleine Mann" kan hetzelfde symptomencomplex vertonen. De ma-

Albert van Dalsum

Toneelspeler

De heer Van Dalsum werd op 4 januari 1889 te Amsterdam geboren. In zijn toneelloopbaan is hij omstreeks zijn veertigste levensjaar tot grotere ontplooiing gekomen, waartoe zijn opname in de directie van het Oost-Nederlands Toneel te Arnhem in 1929 veel heeft bijgedragen. Als regisseur gaf hij toen vorm aan de expressionistische stijl die uit Duitsland tot ons kwam.
In de loop der jaren heeft Albert van Dalsum als directielid van ver-

schillende toneelgezelschappen meermalen de regie gevoerd. Veel jongere toneelspelers hebben onder zijn leiding het volle profijt gehad van zijn groot kunstenaarsschap.
Daarnaast zag het publiek hem in vele rollen, waarvan wij o.a. noemen: „de oude boer" in „Liefde onder de Olmen"; „de kelner" in „Misdadigers"; „de rector" in „Eindexamen"; Gijsbreght van Aemstel" in de Gijsbreght.
Ter gelegenheid van zijn veertigjarig jubileum speelde hij de hoofdrol in „De moord in de Cathedraal", terwijl hij zijn vijftigjarig jubileum vierde als Saul in „Saul's Dood" van Abel Herzberg.

Albert van Dalsum is echter bovenal de Shakespeare-vertolker bij uitnemendheid. De titelrollen in „Macbeth" en „Richard III" en vooral zijn rol als „King Lear" zijn onvergetelijk. Een begenadigd kunstenaar, die kan bogen op een rijke „tweede helft"!

nagerziekte blijkt dan ook niet een ziekte van managers te zijn, maar een complex van ziekteverschijnselen, dat voorkomt bij iedereen die meer met verantwoording beladen is dan hij verdragen kan.

En daarom tevens blijft het belangrijk om dit symptomencomplex niet uit het oog te verliezen, immers de met verantwoording overbelaste komt meer en meer voor en vraagt bijna dagelijks de belangstelling en de zorg, op de eerste plaats van de bedrijfsarts maar daarnaast evenzeer van huisarts en specialist. Er is ook geen enkel terrein waarvan het zo duidelijk is dat een goede samenwerking, een elkaar begrijpen van bedrijfarts en huisarts en internist in het belang van de patient absoluut noodzakelijk is. En gezien onze maatschappelijke structuur dreigt de eenzame man, die verantwoording durft te nemen, in enkele decennia uit te sterven, indien die samenwerking tussen de verschillende genoemde geneeskundige instanties niet lukt.
Immers de man, die in de huidige maatschappij verantwoording op zich durft te nemen is zeldzaam, en – wanneer hij dit eenmaal doet –, eenzaam, want niemand zou zijn lot van veel bekritiseerde willen delen.

Aan de andere kant is de positie van de man die voor het verkrijgen van de managerziekte in aanmerking komt, niet gemakkelijk te begrenzen. Hij is druk bezet, hij moet leiding geven, hij heeft daardoor een verantwoordelijke baan, hij is dus al wat ouder, behoort tot de ouderen in het bedrijf, is als regel duidelijk in de *tweede helft* van zijn levensloop aangeland (reden waarom ik meende hem hier uitvoerig te moeten behandelen).
Er zijn een paar feiten aan de formulering van het begrip managerziekte voorafgegaan. De voornaamste daarvan zijn

wel de toenemende frequentie van de plotselinge dood bij jongere, druk bezette mensen en de sterftestatistieken door Graf gepubliceerd, waaruit blijkt dat er in de sterftestatistiek van mannen een top ligt tussen 45 en 65 jaar en dat deze top veroorzaakt wordt door de sterfte aan hartinfarct en hersenbloedingen, dus aan vaataandoeningen.
Zoals boven al opgemerkt: mensen die leiding kunnen geven en verantwoording durven nemen zijn zeldzaam en dus kostbaar.

Men zou dus bij het bedrijfsleven een grote zorg, juist voor deze groep, mogen verwachten.
Niets is minder waar. Integendeel men kan deze groep juist als de verwaarloosde groep beschouwen. Vrijwel voor iedere andere groep is door de verschillende organisaties een weg bevochten naar de top van de geneeskundige verzorging, voor de manager niet. Die heeft geen organisatie, die staat alleen, er is niemand die voor zijn belangen waakt als hij het zelf niet doet en hijzelf heeft zoveel dingen aan het hoofd, dat zijn gezondheid en zijn lichamelijk welzijn vergeten worden, zolang zij zich niet duidelijk aan het bewustzijn opdringen en dan is het meestal te laat.
Systematisch en geregeld geneeskundig toezicht is hier dringend nodig, niet omdat de arts veel zou kunnen genezen, maar wel omdat hij hier preventief kan optreden, erger voorkomen kan, maatregelen kan laten nemen (terwijl er nog geen ziekelijke afwijkingen bestaan) tegen ziekelijke afwijkingen die anders zeker zullen komen.

Het is hier de plaats om een ogenblik in te gaan op de betekenis van de thans veel misbruikte uitdrukking: psychosomatisch.
Men zegt nogal vaak dat de geneeskundige sinds een kort aantal

jaren een nieuwe fase van zijn ontwikkeling is ingetreden en dat die nieuwe fase de psychosomatische geneeskunde heet. Dit is niet helemaal waar.
De geneeskundige van voor 1920 en de huisarts tot op heden ten dage is altijd psychosomaticus geweest, heeft altijd geweten dat een maagzweer uit zorg kon ontstaan en dat hartinfarcten en teleurstellingen samenhingen. Het is de te sterke specialisatie in de geneeskunde die de specialist de samenhang van psyche en soma deed vergeten en deze samenhang zelfs nadrukkelijk deed ontkennen en het is de specialist die deze samenhang NU nieuw ontdekt heeft en nu doet alsof de psychosomatische geneeskunde een gloednieuwe ontdekking is.
Voor ons onderwerp is nu van belang, dat de psychosomatische zienswijze in de geneeskunde aanneemt (en o.i. terecht), dat vele organische afwijkingen alvorens ze duidelijke „afwijkingen" dus waarneembare verschijnselen geven, een stadium doormaken waarin de aanwezige afwijkingen nog slechts functioneel zijn, dus alleen bestaan in afwijkingen in de functie, maar nog niet in de bouw van de organen. Als voorbeeld noem ik U: de maag scheidt een maagsap af met een verhoogde zuurgraad maar er is nog geen zweer in het maagslijmvlies.

Verder neemt de psychosomatisch denkende geneesheer aan, dat die functionele afwijkingen die dus het begin vormen van later optredende organische afwijkingen, veroorzaakt kunnen worden door spanningen in het geestesleven. Met andere woorden: de maagzweer kan uiteindelijk het gevolg zijn van zorgen en het hartinfarct kan een laat gevolg zijn van verdriet.
Een regelmatig periodiek onderzoek door een ter zake kundige arts zou dan in staat zijn de dreigende anatomische afwijkingen in een zeer vroegtijdig functioneel stadium te ontdekken en door adequate maatregelen te voorkomen. Het zou verstandig

zijn een dergelijk geneeskundig onderzoek te organiseren vanaf het 45ste levensjaar.
Dergelijke onderzoekingen hebben de laatste jaren in enkele vooruitstrevende grote bedrijven plaats gehad en daarbij is duidelijk gebleken dat het belangrijkste punt waarop de arts preventief kan ingrijpen is: de organisatie van het *dagelijkse leven* van de drukbezette. Men noemt dat ingrijpen nog steeds het voorschrijven van een levensregel en het meest noodzakelijke is hierbij, zoals dat bij iedere preventieve of therapeutische maatregel het geval is, de medewerking te verkrijgen van de patient zelf.

Enkele punten die door mij steeds met een dergelijke functionaris worden besproken zijn de volgende:
Op de eerste plaats het punt *delegeren*, delegeren van een deel van zijn functies aan onder zijn leiding werkenden, die hij daarvoor heeft opgeleid en waarvan hij weet dat zij begrijpen wat de bedoeling is. *Maar . . . en dit is het belangrijkste punt . . . dan ook niet eisen dat degene aan wie men delegeert het net precies zó doet als men het zelf zou hebben gedaan.* Wanneer men iemand vertrouwen kan en ervan overtuigd is dat hij het werk dat men hem opdraagt goed zal doen, dan moet men aan degene in wie men dit vertrouwen stelt overlaten HOE hij het hem opgedragene wil doen. Met andere woorden, de organisatie van de opgedragen of liever overgedragen taak moet men overlaten aan degene die de uitvoering krijgt opgedragen. Doet men dit niet, dan heeft men niet gedelegeerd, dan kan men niet zeggen: dat bezwaart mij niet meer, dat heb ik aan een vertrouwde man overgelaten, en er volgt dus geen verlichting van de eigen verantwoordelijkheid. Op de tweede plaats voelt zich degene aan wie gedelegeerd wordt als een onmondige schooljongen, wanneer de baas die hem de opdracht „delegeert", hem daarna

voortdurend op de vingers blijft kijken. Goed delegeren werkt voor beide partijen gunstig, geeft de een verlichting en de ander het prettige gevoel dat men vertrouwen in hem heeft, wat het zelfvertrouwen versterkt. Slecht delegeren werkt naar beide kanten als een extra stress, degene die delegeert is er toch niet „van af" en heeft de zorg of het nu wel goed gedaan wordt er nog bij, en degene die gedelegeerd krijgt, heeft het gevoel: „Toch vertrouwt hij mij niet, ík moet het werk doen en híj wordt ervoor betaald."
De meeste spanningen onder het kantoorpersoneel van grote bedrijven worden veroorzaakt, doordat de mensen in de topfuncties geen flauw idee hebben hoe delegeren eigenlijk moet geschieden.

Een tweede punt dat altijd nogal aanleiding geeft tot protesten is mijn eis dat mensen in een leidende functie geen *werk 's avonds* mee naar huis nemen.
Wanneer iemand met zijn werk niet klaar kan komen binnen de normale kantoortijd, dan kan hij zijn werk niet aan, of hij heeft geen hulp genoeg, of hij houdt zich teveel bezig met pietluttigheden die hij eigenlijk aan mindere goden zou moeten overlaten.
De tijd buiten het werk thuis moet besteed worden aan het eigen gezin, aan gepaste ontspanning en aan de, voor iedereen die druk belast is, zo *nodige hobbies*.
De juiste besteding van de vrije tijd brengt mee, dat men gebruik weet te maken van de kleine ontspanningen die het dagelijkse leven medebrengt. Dingen leren zien die mooi zijn, de vorm van een boom, een silhouet tegen een bepaald gekleurde lucht, een landschap of een medemens, een kleine jongen verdiept in zijn spel, een debat tussen enkele kinderen over wie oneerlijk was bij het spelen, een dier, een vogel. Een

tentoonstelling, een film of een stukje muziek, kunnen een ontspanning geven waarvan men duidelijk opfrist, een eigen grammofoonplaatje waarvan men veel houdt, hoe eenvoudig ook, kan altijd verlichting brengen waarvan anderen geen flauwe notie hebben. Wat ik bedoel is: zoek de dagelijkse ontspanning op de eerste plaats in de dagelijkse omgeving en de dagelijkse gebeurtenissen. Niet in tochten naar het golfveld of naar de vliegclub en andere quasi-sportieve ontspanningen, die toch altijd weer eindigen in een cocktail en een gevoel van „het was toch weer mis".

Wij hadden het hierboven over hobbies. Er wordt nog veel te weinig ingezien wat een enorme betekenis deze hebben voor iemands psychische evenwicht, wanneer die iemand werkt in een omgeving waar hem de – voor iedereen zo hoog nodige erkenning – onthouden wordt. Alle oudere leidinggevende functionarissen leven onder omstandigheden waarin als dagelijkse kost alleen kritiek hun deel is. Hoe hoger op de ladder men klimt, hoe minder goed men kan doen in de ogen van de lange rij naar onderen. Anders gezegd: „alle onaangename dingen in het dagelijkse werk (en dat zijn er vele) worden door de gehele werkende laag altijd geweten aan de hoogste top". Wanneer er niets tegenover die kritiek staat, raakt de leidinggevende functionaris op een gegeven ogenblik „overwerkt". Dit is een heel ongelukkige uitdrukking omdat daarin de suggestie wordt uitgesproken, dat de kwantiteit van het werk de oorzaak zou zijn van de neurotische reactie. Want het overwerkt zijn is een neurotische reactie, maar niet op een te grote hoeveelheid werk, maar op een gebrek aan voldoening in dat werk en dit gebrek aan voldoening is een gevolg van *te geringe erkenning* van de hoeveelheid werk die men verzet en van de kwaliteit die men opbrengt.

Een goede hobbie is hiertegen, tegen deze miskenning of gebrek aan erkenning, een hele behoorlijke compensatie.
Een hobbie is iets dat men graag doet en dat men dus goed doet, verder geniet men hierbij erkenning en respect bij zijn mede-hobbieïsten in een geest van sportieve competitie.
Wat die hobbie is, is zeer onbelangrijk; het verzamelen van postzegels geeft dezelfde ontspanning als het bouwen van modelvliegtuigen of het zeilen met een jol. Indoorsports als tafeltennis en biljart zijn even nuttig als het verzamelen van oude prenten en het rangschikken van suikerzakjes of bierviltjes. Hobbies zorgen voor het herstel van het door de dagelijkse werkomgeving geschokte zelfrespect.
Wij zien dus al wel dat de zorgen voor het lichaam en de zorgen voor de geest steeds hand in hand gaan en wij zullen er hier dan ook geen onderscheid in maken.

Het punt *vakantie* is een belangrijk punt in dit opzicht, een punt waaromtrent allerlei misbruiken in omloop zijn.
Daar is ten eerste de verderfelijke gewoonte, juist heersende onder vele leidinggevende functionarissen, de jaarlijks toegestane hoeveelheid vakantiedagen te versnipperen en te versplinteren. „Ik kan niet zo lang achter elkaar wegblijven", is het motief dat men regelmatig hoort en wanneer men dan verder zoekt, komt hier het belangrijke, door mij het allereerst genoemde punt om de hoek kijken: men weet niet te delegeren en is daarom bang dat er tijdens de eigen afwezigheid dingen gebeuren, die later moeilijk herstelbaar zullen blijken te zijn.
Dit gevoel van onzekerheid geeft ervan blijk, dat de tijd voor vakantie, voor afstand nemen, voor de dingen weer in hun reële proporties terugbrengen, aangebroken is. Op een vraag hoe de vakantie dan moet zijn is mijn antwoord steevast: „lang genoeg achtereen en naar de eigen aard". Er zijn mensen wier

hoogste ideaal is niets te doen dan in de zon te zitten en naar de wereld te kijken, anderen zitten liefst de gehele dag achter een autostuur en vinden het een genot zoveel mogelijk plaatsen als in een film langs zich te zien voorbij trekken, anderen willen varen, weer anderen willen klimmen, velen willen wandelen en anderen vinden het een toppunt van genot en ontspanning om te kamperen. Jammer dat dit alles in de huidige tijd alleen *en masse* mogelijk is en dat het ontspannen *en privé*, alleen met vrouw en gezin ver van de woelige dagelijkse wereld, in West-Europa tot de onmogelijkheden gaat behoren.

Hoe het ook zij, dat vele werkgevers en bedrijven tegenwoordig bereid zijn voor een vakantie, hoe die dan ook genoten wordt, de financiële basis te scheppen, is verheugend. Met mij zijn velen ervan overtuigd dat deze investering een behoorlijke rente opbrengt.

Een derde punt dat ter sprake moet komen (de punten zijn moeilijk scherp van elkaar te scheiden en er is dus al over gepraat) is de dagelijkse *lichaamsbeweging*. Enige tijd was er nogal sprake van iets dat met de moderne (Amerikaanse) neiging tot afkortingen *Belop* genoemd werd. Bedrijfs-lichamelijke-opvoeding werd daarmede bedoeld en de opvatting was dat de bedrijfsleiding om de mensen fit te houden, zich te bekommeren had om hun dagelijkse spieroefeningen.
Niet in alle bedrijven is het mogelijk de bezetting groepsgewijze naar buiten te brengen en tien minuten lichaamsgymnastiek te laten doen onder leiding van een geschoolde leraar. Bij de ondernemingen waar dat niet doenlijk was, moest het dan maar gebeuren in de kantoorlokalen of bedrijfsruimten waar de mensen dan bij het binnentreden van de leraar naast hun bureaus en stoelen moesten gaan staan en ter plaatse de

oefeningen uitvoeren die hun worden voorgedaan. Ik geloof niet dat er van deze voorstellen veel terecht is gekomen en terecht. Men kan niet zomaar de mentaliteit van een volk en minder nog van een klasse uit dat volk, veranderen. De Nederlander is geen Amerikaan en hij is evenmin een Duitser, hij gelooft niet zó maar aan wat een dokter hem vertelt over datgene wat nodig is om zijn gezondheid te onderhouden en hij is evenmin bereid om ondanks het ontbreken van dat geloof, eenvoudig te doen wat hem bevolen wordt. De gemiddelde Nederlander, vooral uit de administratieve middenstand, vindt het belachelijk om midden onder je werk naast je bureau te gaan staan of naar buiten te gaan en daar op voorbeeld van een gymnastiekmeester met je armen te zwaaien en met je benen te slingeren.
Gymnastiek in clubverband na de werkuren wordt dan veel begrijpelijker en aantrekkelijker en dus aanvaardbaarder, temeer daar bepaalde mensen en bepaalde groepen van de club kunnen worden uitgesloten, en dan hun eigen club maar moeten formeren. Mag ik hier meteen nadrukkelijk bijvoegen dat gymnastiek in clubverband onder deskundige leiding ten zeerste kan worden aanbevolen ter handhaving van een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid!

De oud-leden van de gymnastiekclubs in Duitsland hebben na de oorlog in 1952 voor het eerst een bijeenkomst georganiseerd in Marburg a. d. Lahn. Professor E. Jokl heeft over de resultaten van deze bijeenkomst gerapporteerd in: *ALTER UND LEISTUNG*, Springer-Verlag 1954. Iedereen die zich voor de handhaving van een goede gezondheid bij hoge ouderdom interesseert, wordt dit rapport, dat prettig leest, ten warmste aanbevolen.
De prestaties door ouderen verricht waren verbluffend, evenals

de gezondheidstoestand van de oudere mens die regelmatig getraind had, die zijn lichaam fit gehouden had door regelmatige oefeningen.
Deze ouderen bleven ook in hoge mate gespaard voor de ziekten van de oude dag.
Een conclusie voor ons gezapige Nederlanders zou uit dit alles kunnen zijn: ochtendgymnastiek vóór het bed bij de radio is niet belachelijk, maar hoogst nuttig.
Een vierde punt dat van belang is voor het handhaven van de psychische en lichamelijke frisheid, is de regeling van de *slaap*. De slaapbehoefte is individueel zeer verschillend. Wanneer men, zoals dikwijls gebeurt, de slaapbehoefte schematisch uitdrukt in een aantal uren, vergeet men dat het leven niet in een schema te persen is. De zorg voor dat leven dus ook niet.
Sommige mensen kunnen jaren lang met een korte slaaptijd volkomen fris blijven, anderen hebben bepaald meer slaap nodig. Een algemene regel is toch wel deze, dat men niet regelmatig bij het krieken van de dag naar bed kan gaan en daarbij fris kan blijven voor een normale werkdag.
Veelal hoort men bij mensen die laat naar bed gaan het excuus, dat zij anders toch maar uren lang wakker liggen en dan nog veel later inslapen dan wanneer zij op hun gewone late uur gaan rusten.

Naar bed gaan, in slaap vallen en slapen, zijn op de eerste plaats een gevolg van aangenomen gewoonten. Wen Uzelf dus aan een normale tijd van naar bed gaan en aan een normale tijd slapen. Is het dan aangenomen ritme gestoord, dan is er iets aan de hand voor de dokter. Slapeloosheid is een klacht, die ons artsen herhaaldelijk wordt voorgelegd. De oplossing is niet altijd gemakkelijk omdat de oorzaak van de slaapstoornis vrij diep verscholen kan zitten.

Slaap en dood zijn tweelingen en sommige mensen zijn bang om te slapen. Merkwaardig is dan ook dat wij zeer optimistisch praten van de eeuwige slaap of de eeuwige rust.
Slaapmiddelen zijn uit den boze, behalve wanneer zij op kundige wijze door de arts worden gehanteerd en dienen om een tijdelijke stoornis in het slaap-waak-ritme te overbruggen. Een seconal nemen om eens goed te slapen wanneer men door oververmoeidheid vreest niet te kunnen inslapen wordt tot een slechte gewoonte, waaraan men liever niet moet beginnen.

Wat de *maaltijden* betreft: juist de man in de leidende positie wordt door de omstandigheden van ontvangen van collega's en concurrenten, door zogenaamde verplichtingen, door noodzakelijkheid van representatie, gedwongen te veel te eten, te veel te drinken en te veel te roken.
Een enigszins uitgebreid ontbijt na de nacht is beslist niet af te keuren, het zogenaamde Engelse ontbijt verdient aanbeveling, maar daarna twee warme maaltijden per dag is een gewoonte die moet worden vermeden. De laatste tijd wordt door voedingsdeskundigen met overtuiging verdedigd, dat te overdadige voeding het leven verkort en dat speciaal door de door mij bedoelde klasse juist de veel te veel gebruikte dierlijke vetten moeten worden vermeden.
Per slot van rekening uit de managerziekte zich via het circulatiesysteem, en aandoeningen van hart en bloedvaten worden door een hoog vet-(cholesterol)gehalte van het bloed in de hand gewerkt.

Alcohol in matige hoeveelheden gebruikt, kan een zekere mate van ontspanning geven. Na een zorgelijke dag kan een borrel beslist verlichting brengen en niet een ingebeelde verlichting. De alcohol, vooral in betrekkelijk grotere hoeveelheden ge-

bruikt (maar nog ver beneden het peil van het ethisch ongeoorloofde) heeft echter een zeer groot nadeel in verband met het voorgaande en dat is de zogenaamde vetsparende werking. De alcohol verbrandt namelijk zo gemakkelijk en zo volledig in ons lichaam, dat daardoor een groot aantal calorieën beschikbaar komt. Nu wordt er minder vet verbrand en het vet verhuist naar de depots, waar het aanleiding geeft tot uitroepen als: „Wat zie jij er goed uit, je bent dikker geworden, ik zou maar oppassen!"

Wat het *roken* betreft: roken is een nerveuze gewoonte en een onnodige gewoonte. De man die rookt om wat te doen te hebben, om afleiding te hebben, omdat hij anders zenuwachtig is, heeft nauwelijks plezier van zijn roken en wanneer roken geen plezier is, heeft het geen doel en moet men het nalaten.
Natuurlijk is roken schadelijk tenminste bij een verbruik van een enigszins weegbare hoeveelheid tabak, onverschillig of dat sigaretten, sigaren of pijpen zijn. De tabaksrook bevat schadelijke bestanddelen als nicotine (niet veel), kooloxyde en teer. Natuurlijk kan teer het ontstaan van kanker bevorderen, dat is overbekend, natuurlijk veroorzaakt nicotine vaataandoeningen, kramp van de vaatwanden, dat is ook voldoende bekend en natuurlijk is kooloxyde een zeer vergiftig gas.
Laten we dus in het midden laten wat er precies gebeurt met iemand die veel rookt, maar goed voor zijn gezondheid is het niet.
Aan de andere kant kan de mens niet evenwichtig en dus gezond leven zonder een bepaalde hoeveelheid genot, genoegen als dat beter klinkt. Iemand die dus vol genot van een sigaar profiteert of met smaak een pijp rookt, bevordert zijn gezondheid door te voorzien in een stukje genot dat hij voor een evenwichtig leven nodig heeft. U ziet, iedere medaille heeft

zijn keerzijde, en wanneer mij gevraagd wordt „kan ik roken?" dan is mijn antwoord: „met mate, wanneer het U genoegen doet, maar niet als tranquillizer omdat U zenuwachtig bent".

Om dit onderwerp af te ronden: alle middelen die als *doping* kunnen worden beschouwd, dus amfetamine en zijn derivaten (pervitine, dexedrine, coffadyne en vele anderen) zijn absoluut en zonder voorbehoud te verwerpen. Een oud paard (vergeef me de niet vleiende vergelijking) slaan om het meer te doen presteren dan het eigenlijk kan presteren, staat gelijk met moord.
Een andere klasse middelen, liggende op het terrein van de vitamines en met name daaronder het vitamine C, behoeft niet te worden afgeraden, ofschoon nog geenszins onwrikbaar vast staat dat ze goeddoen. Om het vitamine C het hormoon van de oude dag te noemen, zoals wel gebeurd is, is minstens voorbarig.
Waardoor wordt dan eigenlijk de ziekte van de met verantwoordelijkheid belasten (zoals ik de managerziekte liever noem) veroorzaakt?
Ik heb één van onze bekende hoogleraren in de fysiologie eens tijdens een voordracht horen zeggen, dat de managerziekte (wanneer deze bestaat) een uiting is van een wanverhouding tussen willen, moeten en kunnen. In de litteratuur vindt men dit anders en veel minder goed gezegd in de bewering dat de managerziekte een gevolg is van stress. Nu is dat begrip stress door Selye in Canada gelanceerd, goed ingeburgerd in alle talen, maar veel misbruikt. Eigenlijk betekent stress: spanning door belasting. Als zodanig is het dan een normaal bestanddeel van het normale leven, ja men zou zelfs kunnen zeggen: geen leven zonder stress en als die belasting waartegen wij voortdurend onze weerstand laten optreden eens zou op-

houden, dan zou misschien ook het leven wel ophouden. Wij noemen een mens juist gezond wanneer die mens in staat is zich aan de normale belasting van het dagelijkse leven aan te passen; terwijl het ziekzijn een onvermogen is om de noodzakelijke aanpassing op te brengen. Wij komen dan in moeilijkheden als we de oudere mens gaan bekijken, want we zien dan dat de ouderdom juist gekenmerkt is door een insufficiëntie in het mechanisme van de aanpassing. Toch noemen we het feit, dat een oudere mens niet meer snel een trap op kan lopen zonder kortademig te worden, niet een verschijnsel van ziekte.

Wij vinden dat voor die gegeven leeftijd (zeg boven 50 jaar) normaal.
U ziet hier dat het begrip normaal, moeilijkheden gaat geven wanneer wij het kritisch gaan bekijken. Jokl zegt het zo duidelijk in zijn vroeger door mij genoemde rapport: de norm is niet een enkele streep op een vast punt van de schaal, maar de norm is variabel in lengte en breedte en in hoogte en diepte, de norm kan niet aangegeven worden door een punt, zelfs niet door een streep maar door een bol.
En hierboven zagen we dat de norm onder andere variabel is met de tijd.

Wanneer we nu gaan zoeken wat Selye zelf zegt van de stress, dan zien we dat de beroemde onderzoeker zegt: „Stress is de toestand, die zich manifesteert als een specifiek syndroom dat uit alle onspecifiek veroorzaakte veranderingen binnen een biologisch systeem bestaat". Stress is dus altijd aanwezig want er zijn altijd veranderingen binnen een levend wezen (biologisch systeem) en het leven ervan kenmerkt zich zelfs door het feit van die veranderingen. Stress is dus een fysiologisch proces en de nuttigheid of schadelijkheid ervan wordt bepaald door

zijn intensiteit en zijn duur aan de ene kant en de weerstand van het levende organisme waarop de stressor werkt, aan de andere kant.
Wanneer men dit nu kritisch bekijkt is het wel duidelijk, dat de grootte en de duur van de stress die iemand tijdens zijn leven te verwerken krijgt, bepalend is voor de vraag in welk tempo dat individu ouder zal worden, zal verouderen. Selye noemde datgene wat de stress veroorzaakte de stressor. Er zijn grote stressoren die onmiddellijk een uitgebreide reactie veroorzaken, welke reactie dus onmiddellijk behandeling vraagt en ook krijgt.
Iemand wordt acuut ziek, zeg door een galsteenaanval. Dat is een grote stressor. De arts zal ter behandeling van de gevolgen geroepen worden en met de hem bekende middelen zijn best doen om de door de acute stressor opgeroepen alarmreactie te helpen overwinnen.
Wat echter sluipender nadertreedt en nooit acuut manifest wordt, dat zijn de kleine stressoren van het dagelijkse leven, de verantwoordelijkheid, het gejaagd worden, de onjuiste voeding, het gebrek aan rust, de ergernis en de teleurstelling om er maar enkele te noemen. Dit zijn de stressoren uitgaande van onze beschaving en die altijd en overal werken, maar die vooral werken op een bepaalde klasse van individuen, op de met verantwoordelijkheid belasten en die aanleiding geven tot wat de laatste jaren bekend is geworden onder de naam „managerziekte".

De naam is onjuist want – zoals reeds eerder gezegd – het zijn niet alleen de managers, de in het industriële leven aan de top staanden en leiding gevenden, die de daarbij behorende ziektesymptomen kunnen gaan vertonen.
De mogelijke patient is iedereen die verantwoording draagt,

van de consciëntieuze schoolmeester, via de een eigen zaakje drijvende kleine middenstander tot de eigenaar van de grote onderneming. En in die onderneming vanaf de man die twee man onder zich heeft en verantwoordelijk is voor de uitvoering van bepaalde maatregelen, via de afdelingschef met zijn kankerende en veel verzuimende afdelingsbezetting, tot de directeur die zich tegenover de aandeelhouders voor het geheel verantwoordelijk voelt. Vandaar dat ik de naam: het ziekte-syndroom van de met verantwoordelijkheid belasten de voorkeur geef boven de veel misverstane uitdrukking „manager-ziekte".

De vraag kan zelfs gesteld worden of het genoemde syndroom, d.w.z. complex van verschijnselen, niet een ziekte gaat worden van vrijwel iedereen die in het moderne leven leeft. Immers de ene sensatie volgt op de andere en de ongelukken in het verkeer, de rampen in watersnoodgebieden, in aardbevingsgebieden, in hongergebieden, bij bosbranden en vliegtuigrampen, volgen elkaar in een zo snel tempo op, dat ze in de kortst mogelijke tijd reeds weer tot de vergeten geschiedenis behoren. Men ervaart een schok bij een tragische gebeurtenis, spreekt er enige dagen over, leest erover in de krant, en de „diepe" indruk wordt alweer verdrongen door een nieuwe schok, een nieuwe sensatie.
De moderne mens verdraagt ook dit op den duur niet, dit soort leven wijkt daarvoor te veel af van datgene waarvoor de mens van nature bestemd is en waarvoor hij dus van nature is uitgerust en waarop hij van nature is afgestemd.
De verschijnselen van het syndroom hierboven beschreven, als voorkomende bij de met verantwoordelijkheid belasten, zijn het protest dat lichaam en geest laten horen tegen de onnatuurlijke wijze waarop de mens leeft, tegen de overbelasting die hij

Ina Boudier-Bakker

Schrijfster

Mevrouw Ina Boudier-Bakker werd in 1875 te Amsterdam geboren. Zij publiceerde in 1902 haar eerste bundel „Machten" en haar eerste toneelspel „Verleden" werd opgevoerd. Daarna verschenen de romans „Het Beloofde Land", „Wat komen zal", „Armoede", „Een dorre plant" en de bundel „Kinderen".
Op tweeënveertigjarige leeftijd publiceerde Ina Boudier-Bakker „Het Spiegeltje", waarvan zij zelf zegt dat het niet beter is dan haar voor-

gaande geesteskinderen. Wel concludeert zij, dat de jaren van 1917 tot 1945 behoren tot de vruchtbaarste en veelzijdigste in haar werk. Toen verscheen o.m. haar roman „De Klop op de Deur".
In 1950 stokte de stroom. De gezondheid van haar echtgenoot ging achteruit. Zij had geen belangstelling meer voor haar werk. Na vele verdrietige jaren vond de schrijfster op een dag een lang geleden geschreven begin van een totaal vergeten verhaal over haar jongste jeugdjaren. Zij begon wéér te schrijven en „Kleine Kruisvaart" werd geboren. Dat was in 1954.

„En – wij citeren nu Ina Boudier-Bakker – dit is nu het mijzelf verwonderend geval: voor de derde maal was mijn werk een nieuw tijdperk ingegaan. Onbeïnvloed was dat schijnbaar afgestorvene herleefd. De tijd is een harde meester. Met het ouder worden – en vooral zo onwaarschijnlijk oud als ik – heeft zich door de jaren, door alle beleving heen, onbewust in het werk een verandering in stijl en uitingsvorm geworsteld: vermindering of liever bezinning van spontaniteit, bij een zich uitsluitend bepalen tot een al dieper doordringen in innerlijke roerselen. Behoedzamer en steeds beknopter van stijl. En tenslotte .... zeldzamer".

vrijwillig op zich heeft genomen en die hem op den duur bedrukt. De zogenaamde managerziekte is dus niet een gevolg van te veel werk, maar van een onjuiste compensatie, die in een verkeerd gekozen ontspanning gezocht wordt.

De verschijnselen van dat syndroom van ziekteverschijnselen van de te sterk met verantwoordelijkheid belasten, zijn eigenlijk allen uit één enkele gezichtshoek te bekijken. De overbelasting treft op de eerste plaats het zenuwstelsel en aangezien het zenuwstelsel de grote regulator is, raakt vrijwel alles in de war. De bloeddruk wordt verhoogd, de vaten en het hart overbelast, wat aanleiding geeft tot vaatkrampen en hartspieraandoeningen met als meest ernstige, soms fatale uiting, het hartinfarct. Plotselinge crises kunnen aanleiding geven tot een acute verlaging van de bloeddruk met flauwvallen, onwel worden en shockverschijnselen. Ook aan het maagdarmkanaal zien we het te veel of te weinig, namelijk te veel of te weinig maagzuur met maagbezwaren eindigende in de duidelijke maagzweer (of zweer van de twaalfvingerige darm) met obstipatie of diarrhoea eindigende in een colitis, een chronische ontsteking van de dikke darm. U ziet hier duidelijk gedemonstreerd hoe psychische belasting (verantwoordelijkheid) aanleiding kan zijn tot duidelijk lichamelijk organische afwijkingen (hartinfarct, maagzweer), feiten die aanleiding hebben gegeven tot het concept van de psychosomatische geneeskunde.

Op de derde plaats de combinatie van schade aan het circulatoire apparaat en aan het zenuwstelsel zelf met als meest frappante maar gelukkig niet meest frequente gevolg, de apoplexie of hersenberoerte met alle ellendige gevolgen van dien. De somatische, de lichamelijke afwijkingen dus, worden echter allen veroorzaakt door aandoeningen van het *zenuwstelsel*, van-

daar ook dat het allereerste begin van de ziekte die mensen met grote verantwoordelijkheid kan treffen bestaat in lichte functionele afwijkingen van dat zenuwstelsel, zich uitende in de psychische sfeer. Dit zijn dan de tegenwoordig zo ontzaggelijk veel voorkomende neurotische stoornissen. De neurose is de beroepsziekte bij uitnemendheid van het leidinggevende personeel van een grote onderneming.
Enige jaren geleden deed een Engelse collega-arts, bedrijfsarts, op de Bedrijfsgeneeskundige dagen te Leiden het voorstel, aan de bedrijfsgeneeskundige dienst van grote bedrijven een zenuwarts te verbinden ter preventie en ter opvanging van neurotische storingen onder de bedrijfsgenoten.
Velen vonden dit voorstel wat overdreven maar langzaamaan blijkt op het gebied van de intermenselijke verhoudingen, het gebied van het zelfrespect, het gebied van de appreciatie van iemands werk, het gebied van de verhouding van hoog tot laag, zoveel bedreiging te liggen voor de verstoring van het psychische evenwicht van de betrokkenen, dat een dergelijke radicale maatregel toch nog zo verkeerd niet zou zijn.
In ieder geval is het in dit verband nodig de nu wel aan alle grote bedrijven aanwezige *psychologische* dienst, veel meer in het personeelsbeleid, in de behandeling van het personeel en in de onderlinge verhoudingen tussen het personeel, binnen de muren van het bedrijf, te betrekken.
De neurotische toestanden, de angst voor de chef, de ruimtevrees, de vrees te moeten reizen en opgesloten te zitten, de vrees dat anderen om iemand lachen, iemand bespotten, iemand bedreigen in zijn veiligheid en zijn promotie, dit alles veroorzaakt meer ellende en is de oorzaak van meer ziekteverzuim en verwaarlozing van werk, van slecht werk en van vertraging in het afleveren van het werk, dan alle organische aandoeningen bij elkaar geteld.

De eisen welke vandaag aan de dag aan een met verantwoordelijkheid belaste functionaris in het bedrijfsleven gesteld worden, zijn nog nooit zo groot geweest en zij stijgen nog met de dag.

Leiderschap is een speciaal beroep met zijn eigen speciale risico's op psychologisch gebied, met de lichamelijke gevolgen van dien voor zenuwen, hart en maag. Dit onderwerp is daarom zo nauw met het probleem van de ouderen vermengd omdat de grotere belasting, de grotere verantwoordelijkheid van leidinggevende functionarissen, meestal juist toeneemt op een leeftijd dat eigenlijk eens wat meer rust en verpozing zou moeten worden genoten om psyche en lichaam op een behoorlijk peil te houden. De leidinggevende functionarissen immers krijgen hun top-posities en dus ook hun grootste verantwoordelijkheid wanneer zij de veertig jaar overschreden zijn en de vijftig gaan naderen.

Tenslotte is de managerziekte dikwijls een uitvlucht. Evengoed als de man met een reumatische pijn in zijn arm zegt dat hij „kou gevat" heeft, evengoed zegt de man met de neurotische stoornis dat hij zich overwerkt heeft en zegt men van de man die aan een acuut hartinfarct gestorven is, dat hij zich „kapot" gewerkt heeft of dat het bedrijf hem „kapot" heeft gemaakt. Wanneer men de reële verhoudingen nauwkeurig na zou kunnen gaan, zou men kunnen constateren, dat het huiselijke leven van de betreffende man al lang niet meer bevredigde maar in toenemende mate spanningen veroorzaakte, dat zijn financiële verplichtingen benauwend waren in vergelijking met zijn inkomen en dat zijn levenswijze er alles behalve op gericht was, zijn door de toenemende leeftijd meer zorg eisende gezondheid op een goed peil te houden.
Wanneer men als arts of raadgever (sociale werker) dergelijke

gevallen krijgt te adviseren, dan zijn de volgende zeven punten onmiddellijk van belang:

1. Sanering van de huiselijke omstandigheden.
2. Sanering van de werkomstandigheden in het bedrijf.
3. Dagelijks een half uur lichaamsoefeningen liefst verdeeld over tweemaal een kwartier.
4. Weinig alcohol.
5. Weinig roken.
6. Matig eten.
7. Tijdig naar bed.

Wanneer we uit dit alles mogen concluderen dan zou ik het volgende willen zeggen:

a. Een teleurstellende werksituatie kan nerveuze spanningen veroorzaken of wanneer zij reeds bestaan, stimuleren en doen toenemen.

b. Een personeelslid dat door (huiselijke of andere) zorgen gekweld en achtervolgd wordt, kan gevoeliger zijn voor teleurstellingen in de arbeidssituatie, die dan op hun beurt de nerveuze spanning weer doen toenemen.

c. Zeer waarschijnlijk wordt het dikwijls gestoorde geestelijke evenwicht van met verantwoording belaste functionarissen veroorzaakt door een combinatie van in het werk gelegen en in de particuliere omstandigheden van de functionaris te vinden factoren.

De betekenis van de vrouw in het leven van de man van meer dan 50 jaar

Het slot van het vorige hoofdstuk bracht ons op het delicate terrein van de huwelijksomstandigheden van oudere, met grote verantwoordelijkheid belaste mensen.

Vanzelfsprekend is het huwelijk van de met verantwoordelijkheid belaste, de verhouding daarbij van man en vrouw, de steun die zij elkaar kunnen geven en de belasting die zij voor elkaar kunnen vormen, niet anders dan in alle andere huwelijken van 50- of meer-jarigen.
Of toch wel?
Ligt het toch misschien zo, dat de met verantwoordelijkheid belaste te weinig aandacht kan geven aan zijn huwelijksomstandigheden en huiselijke aangelegenheden, omdat zijn verantwoordelijkheid hem buiten dat huwelijk en buiten dat gezinsleven te veel in beslag neemt?

De verwijten die men te horen krijgt in de klasse mensen die ik hier bedoel zijn legio, en allen eenzijdig gemotiveerd, speciaal van de kant van de vrouw.
Haar man heeft geen belangstelling meer voor haar. Zij wordt net goed genoeg beschouwd om het huishouden te regelen en voor de keuken te zorgen. Hij is des avonds te moe om nog wat interessants te doen (uit te gaan!! wel te verstaan). Hij heeft dikwijls zoveel werk bij zich dat hij de hele avond met zijn neus in de papieren zit, niet op gesprekken ingaat en vaak zelfs een min of meer snauwend antwoord geeft. Heeft hij geen „zaken-

geslachtsloze verhouding met de vrouw van zijn keuze. Hij wenst niet een afkoeling, een naast elkaar leven, een „elkaar niet meer lastig vallen".
Hij wenst contact, hij wenst medegevoel en bovenal wenst hij respect, erkenning van wat hij in de tijd dat zij samen zijn, gedaan (niet „bereikt") heeft.
Is dit het geval dan voelt hij steun, dan heeft hij de moed door te gaan ondanks de teleurstellingen, de verantwoordelijkheid en de belasting van buitenaf.
Helaas wenst zij dikwijls alleen maar centrale verwarming en hij wenst voor alles warmte, warmte die zo dikwijls in de luxe en het gemak en comfort niet eens te vinden is. Zij wenst afleiding en uitgaan en hij heeft dringend behoefte aan rust, die hij thuis zou kunnen krijgen en die hem meestal onthouden wordt.

Kritiek krijgt hij genoeg op zijn werk en wat hij thuis verwacht is medeleven en steun en bijval. Krijgt hij dit laatste niet, moet hij thuis weer gaan debatteren en argumenteren, dan zwijgt hij liever of duikt weg achter zijn courant of verdwijnt in zijn werk om van nieuwe conflicten, nieuwe botsingen en nieuwe debatten af te zijn.
In de meeste gevallen kan de huwelijkspartner dit niet begrijpen omdat zij daartoe nooit een ernstige poging heeft gedaan en het dus niet heeft geleerd.

„Want", zegt Prof. Buytendijk, „man en vrouw kunnen elkaar wederkerig begrijpen door wat hun gemeenzaam is. Dit is behalve al het menselijke ook het specifiek mannelijk en vrouwelijk *optreden*."
Vandaar ook dat aan alle wensen die hier voorafgingen voldaan *kan* worden. Per slot van rekening zijn man en vrouw van

rondom de 60 jaren gedurende 30 jaren en langer getrouwd en dus met elkaar vertrouwd.
De eerst sterk door verlangens gekenmerkte onderlinge verhouding is inmiddels wat rustiger (en dieper) geworden.
Men is meer op elkaar ingesteld, men kent elkaars behoeften, elkaars wensen en elkaars remmingen. De persoonlijke verhouding heeft naast de sexuele elementen ook elementen gekregen van vriendschap en waardering.
De onderlinge kritiek, enkele jaren na de aanvang van het huwelijk op zijn scherpst, heeft plaats gemaakt voor meer wederzijds begrijpen.
De man weet dat hij met zijn moeilijkheden bij zijn partner terecht kan en dat een onderlinge bespreking in ieder geval gelegenheid geeft tot spuien, tot afreageren en soms zelfs tot een beter begrip van de situatie en tot een beginnende oplossing.
De vrouw weet dat de man haar vertrouwt, dat hij vaak (niet altijd) haar adviezen volgt, dat hij er in ieder geval op gesteld is haar mening te horen.
Zij kent zijn fouten en zijn tekortkomingen en heeft daar begrip voor.
De liefde die haar in het begin van het huwelijk instinctmatig voerde naar een samenleving, die naast de directe bevrediging het min of meer toegegeven doel had kinderen te hebben, is uitgegroeid tot wijder doel. Het directe doel is thans nog steeds naast de behoefte aan sexuele bevrediging het geven van rust, van evenwicht, van sterkte en van compensatie voor de vele eisen die het leven aan haar partner stelt. Zij voelt zich daarin sterk en competent.

Waar dit alles zó is, is er voor een „overwerkt"-zijn van de man niet veel plaats meer. De vrouw kan dan een tegenwicht

vormen dat het praktisch onmogelijk maakt, het evenwicht van buitenaf te verstoren. De man kan de moeilijkheden aan, hij kan ze kleineren, hij kan ze negeren, want hij heeft bronnen waaruit hij het tegengif kan putten, nl. de verhouding tot zijn vrouw!
Helaas is de laatst geschilderde situatie zeldzamer dan de gevallen waarin man en vrouw van elkaar afgedreven, vervreemd en verkoeld zijn. Gevallen waarin de niet aanwezige liefde dus ook geen tegenwicht kan vormen tegen abnormale psychische belastingen in het dagelijkse bestaan.
Gevallen, waarin de man, alleen staande, zich voelt als de bron waaruit de gelden die zorgen voor het bestaan van het gezin ontspringen, anders niet.

Op een der vele recente congressen over gerontologie, ditmaal in Duitsland, werd gesproken: „Über das Älterwerden bei Berufstätigen" en daarbij werden drie hoofdpunten gezien als voorwaarden voor een evenwichtig ouder-worden en wel: *een harmonisch huwelijk*, een goed gebruik van de vrije tijd en het hebben van een liefhebberij (hobby).

Wie maakt promotie, wie wordt opzij gedrukt?

Het is een door onschuldige lieden als vanzelfsprekend aangenomen waarheid, dat de meest bekwamen, de best onderlegden, de meest toegewijden, kortom de meest geschikte mensen hoger klimmen en de toppen bezetten, zowel in het bedrijfsleven als in het sociale verkeer.
Natuurlijk is dat niet altijd waar. (Niets is geheel waar en zelfs dàt niet.*)
Daar is op de eerste plaats de alomtegenwoordige „vriendjespolitiek", niet te verwarren met nepotisme. Men mag het naar voren schuiven, het omhoog duwen, het promoveren van familieleden (vanaf zoons of dochters) al dan niet goedkeuren, een volkomen natuurlijke primitieve neiging is daarin zodanig vertegenwoordigd (de bescherming van het jong), dat het nooit geheel verdwijnen zal.
Bovendien is de speculatie van de geslaagde vader dat zijn nakomelingschap iets van zijn capabiliteiten zal hebben medegekregen, een niet geheel ongerechtvaardigde speculatie.

Maar bij de vriendjespolitiek is dat geheel anders, daar wil men een willekeurig iemand, en meestal niet eens de candidaat zelf, een plezier doen.
Iemand die in staat is aanstellingen of promoties te beïnvloeden, zoals een personeelschef of iemand die „het oor van de president-directeur heeft", omdat hij bijv. als secretaris dagelijks of vaak in staat is, hem, de president-directeur, alleen te spreken, kan een candidatuur naar voren schuiven, geheel

* Nietsche

onafhankelijk van de kunde of geschiktheid van de candidaat, alleen om een bepaald iemand (een vriend, een geestelijk leider, een mogelijke promotor, een oudgediende o.d.) een plezier te doen.
Dat dergelijke candidaten door middel van een „kruiwagen" binnengekomen zijn, is gauw algemeen bekend en wekt onder het even oude en slechts even langer in dienst zijnde personeel nauwelijks enige reactie.
Wanneer echter de protectie blijft aanhouden en de betreffende door promotie, meerdere anderen, eigenlijk eerder voor bevordering in aanmerking komende medeaangestelden passeert, dan veroorzaakt dit bij de laatsten wel een reactie. Dan zet dit kwaad bloed, dan verwekt dat rancune en deze rancuneuse instelling wordt vaak acuut wanneer de gepasseerde de leeftijd van 50 jaar nadert en hij gaat voelen dat hij nu gestegen is zover als hij bij deze werkgever zal kunnen komen. Hij ziet dan in zijn oog minder bekwame maar beter geprotegeerden als chef boven zich, en voelt zich niet alleen teleurgesteld maar zelfs misbruikt en onderdrukt.
Wij laten hier volkomen in het midden of deze gevoelens juist of onjuist zijn.

De conclusie uit dit alles is in ieder geval dat de aanname- en bevorderingspolitiek van een onderneming een belangrijke rol kan vervullen bij de handhaving of verstoring van het psychische evenwicht bij het personeel (speciaal bij het oudere personeel).
Een rechtvaardige promotiepolitiek, uitsluitend berustende op de geschiktheid van de candidaat voor de taak die bij de voorgenomen promotie op hem zal komen te rusten, is de beste waarborg voor een goede verhouding van de ondergeschikten tot hun chef.

De verhouding ondergeschikte–chef nu, is het meest gevoelige punt waarop het behoud van het psychische evenwicht van de kantoorbeambte, laag en hoog, balanceert.
Wanneer deze verhouding met de nodige zorg wordt bewaakt en wanneer verstoringen op dit gebied worden vermeden of *dadelijk* worden hersteld, zal de oudere aangestelde, ofschoon in het grote bedrijf slechts langzaam klimmende, zich nooit achteruitgedrongen of gefrustreerd voelen.
Per slot van rekening kan er maar één president-directeur zijn, evenals op elke afdeling maar één chef. Dat weet iedereen en men legt zich daarbij neer, indien tenminste voor die toppositie de meest geschikte en meest bekwame man gekozen wordt en er niet betere en capabelere krachten zijn gepasseerd.
Dit alles vindt zijn weerklank vooral bij het oudere personeel, dat daarop reageert met vertrouwen en met cordiale medewerking en psychische stabiliteit, of met onrust en met sabotage en neurotische reacties.
Zoals reeds gezegd, de neurose is de typische beroepsziekte van de ontevreden administratieve arbeidskracht.

In verband met dit alles is er nog een andere figuur, die in dit licht moet worden bezien en dat is de man die promotie maakte ondanks zijn ontwikkeling en daardoor TE hoog gestegen is.
Deze figuur is niet zeldzaam, vooral in de bedrijven die reeds enige historie hebben. De betreffende man is dan bij de grondvesting van het bedrijf in de allerlaagste regionen begonnen en had meestal dan ook alleen de voor die allerlaagste regionen (krullejongen noemde men dat vroeger) noodzakelijke opleiding genoten. Hij heeft de moeilijke eerste tijd medegemaakt, hij heeft daarna de opkomst van het bedrijf beleefd en is er in meegegroeid. Zijn positie verbeterde en hij heeft zich op de

plaats van (laten we aannemen) boekhouder zodanig in het kleine maar groeiende bedrijf ingeleefd, dat hij desnoods de eigenaar (de baas) vervangen kan voor een dag of hoogstens enkele dagen. De steeds groeiende zaak krijgt meer personeel en ook meer administratie en wordt dan een N.V. met een directeur.
Onze man had vanzelfsprekend als oudste het toezicht op de na hem komenden en dus onder hem werkende administratieve krachten en promoveert, volkomen wegens anciënniteit en zonder dat dit vroeger ooit voorzien was, tot chef van de afdeling administratie van de nieuwe reeds grote en groeiende N.V.
Wanneer er dan moeilijkheden komen, blijkt onze man daar niet tegen opgewassen, hij had nooit organisatorische talenten. Hij was nooit bedoeld als chef van een aantal ondergeschikten. Hij vindt het in zijn hart verschrikkelijk daar allemaal verantwoordelijk voor te zijn en hij verlangt naar het oude kleinere bedrijf waar hij iedereen kende en waar iedereen hem groette en waar zijn verantwoordelijkheid beperkt en dus te dragen was.
Vooral wanneer bij de groei van het bedrijf krachten onder hem komen te staan met een veel betere opleiding en voorbereiding voor hun taak dan hij ooit gehad heeft, krachten met academische graden waar hij tegenop ziet als waren het tekenen van hoge rang en sublieme kennis, dan wordt zijn leven bijna ondragelijk door de angst fouten te maken en een gek figuur te slaan.
Hij is nu even onder de 60 en wordt of een onduldbare eigenwijze mens die achter zijn rug wordt uitgelachen en die alle werkelijke gezag mist, of hij wordt een neuropaath waar men medelijden mee heeft en die men spaart omdat hij „al van het begin af aan heeft meegelopen".

Ook dit soort promotiepolitiek, het promoveren van de oudste (deze wijze wordt veel gevolgd omdat er zoveel menselijks, waarderends in zit) is fout, omdat zij de psychische en daarmede ook de lichamelijke gezondheid van het slachtoffer, van de te hoog gepromoveerde, de te veel met verantwoordelijkheid belaste, ernstig kan en meestal zal schaden.

Wanneer men in een groot bedrijf rondkijkt in de hersenen van de onderneming, in de administratieve afdelingen, dan ziet men de hierboven geschilderde figuur herhaaldelijk. Hij is wegens zijn neurotische reacties ongeliefd en wegens zijn instabiliteit ongeacht. Hij heeft geen echte autoriteit, geen echt gezag; hij klaagt zelf niet, maar zijn omgeving klaagt over hem en hij is rijp voor het syndroom van de mensen die met een voor hen te grote verantwoordelijkheid zijn belast, rijp voor de „managerziekte".

Natuurlijk heeft iemand met een goed *verstand*, een brede *opleiding* en de nodige *ijver*, grote kans opgemerkt te worden en promotie te maken. Wordt het bedrijf te groot, dan hangt dit opgemerkt worden af van de directe chef, die zijn opmerkingen moet doorgeven, maar ze ook naast zich neer kan leggen. Het gevolg is dan dat de promotie niet door gaat of vertraagd wordt.
Heeft de aangestelde een groot woord, durft hij van zich af te spreken, is hij behept met een zekere, nog net aanvaardbare vorm van brutaliteit, dan behoeft zijn kennis en kunde al minder groot te zijn. Hij weet de opmerkzaamheid te trekken en wordt door velen voor slimmer aangezien dan hij is.
De man met de grote mond maakt vaak promotie vóór de anderen uit. Ook dit wordt door zijn medeaangestelden zeer goed bemerkt en zeer juist aangevoeld en geeft nu of later bij dezen

tot dezelfde gevoelens van frustratie aanleiding als we gezien hebben bij de promotie via protectie.
Op een gegeven ogenblik is het eindelijk de *toevallig beschikbare* die promotie maakt.
Er kwam onverwacht een baan vrij, er ontstond plotseling behoefte aan een nieuwe functie en onder de toevallig beschikbaren werd uitgekeken naar een man om de functie te vervullen. De „beste" van de toevallig beschikbaren krijgt dan een kans.
Anderen zijn bepaald voorbestemd om achter te blijven.

Daar is op de eerste plaats de man die *te bescheiden* is, die alle eigenschappen bezit die hem op de voorgrond zouden kunnen plaatsen, maar die het bezit van die eigenschappen (kennis en ijver) vanzelfsprekend vindt, die invallen voor een ander en over-werken en het werk van anderen die niet klaar kwamen opknappen,vanzelfsprekend en weinig verdienstelijk vindt; die nooit daarover praat en nooit een extra klopje op de schouder vraagt en die anderen, die hij beleefd zijn „meerderen" noemt, met de eer laat strijken. Bij promotiemogelijkheden wordt hij voorbij gezien en de man met een grotere mond gaat vóór.
De *eenzame* werker waarvan niemand wat weet, die een job heeft waarvoor één man genoeg is: hij wordt eenvoudig vergeten en zit straks als oude man nog steeds aan die job en krijgt pas bij zijn pensionering te horen dat men het zo merkwaardig vindt dat hij daar al 40 jaren zit.
Natuurlijk is het dikwijls ook de *domme nietsnut* die geen promotie maakt en dat toch maar heel erg vindt en het anderen verwijt.
De verhalen van „vriendjes voortrekken" en anderen die minder in de gunst staan „maar laten zitten", verhalen die

Dr. Paul Rijkens

Adviserend lid van de Raad van Bestuur van Unilever N.V.

Dr. Paul Rijkens werd op 4 september 1888 te Rotterdam geboren. Hij begon zijn loopbaan bij Van den Bergh's Ltd. te Rotterdam doch werd spoedig overgeplaatst naar het hoofdkantoor te Londen. In 1919 werden alle belangen van Van den Bergh's Ltd. buiten het Verenigd Koninkrijk overgedragen aan een nieuwe holding company, Van den Bergh's Fabrieken N.V., waarvan de heer Rijkens directeur werd. Door verschillende fusies groeide dit concern en de heer Rijkens bleef steeds

in een top-functie. Op zijn negenenveertigste jaar werd hij voorzitter van Lever Bros & Unilever N.V. te Rotterdam.
Bij het uitbreken van de laatste wereldoorlog heeft Dr. Paul Rijkens zich geheel ingezet voor de vaderlandse zaak en was hij lid van de Buitengewone Raad van Advies van de Nederlandse Regering te Londen. Na de oorlog nam hij zijn functie bij Lever Bros & Unilever opnieuw waar tot 31 december 1955. Daarna werd hij benoemd tot Adviserend Lid van de Raad van Bestuur van Unilever N.V.
Dr. Paul Rijkens is in het bezit van de hoge Engelse onderscheiding Knight Commander of the Order of the British Empire, terwijl hem daarnaast hoge Nederlandse onderscheidingen werden toegekend. De Nederlandse Economische Hogeschool te Rotterdam verleende hem in 1948 het eredoctoraat.

De activiteiten van Dr. Paul Rijkens zijn ook na zijn pensionering nog talrijk. Het Unilever-concern speelt daarbij een hoofdrol doch ook sociale en culturele zaken genieten zijn warme belangstelling!

men vaak van zitten-blijvers hoort, moeten zeer kritisch worden bezien. Een deel daarvan is juist en zelfs de geopperde bezwaren zijn redelijk, een ander deel is onjuist en de bezwaren die worden aangevoerd ongemotiveerd. Het is de kunst hier het kaf van het koren te scheiden.

De bedoeling van dit korte hoofdstuk was, de lezer erop attent te maken, dat veel frustratiereacties die zich *op latere leeftijd* openbaren, hun oorsprong vinden in een, misschien reeds lang veranderde, verkeerde aanname- en promotiepolitiek van bedrijven en instellingen.
Eerst op latere leeftijd, na de 40 en na de 50 jaar, wanneer een man werkende op een bepaalde plaats gaat inzien, dat hij zijn top heeft bereikt en verdere promotie onwaarschijnlijk is, gaat hij zich afvragen, waarom anderen verder gekomen zijn, gaat hij zich achteruitgezet voelen, gaat hij het verleden uitkammen en raakt hij psychisch uit zijn evenwicht, omdat hij meent bij anderen achtergesteld te zijn.
Soms zijn zijn bezwaren juist, soms onjuist, maar dit is betrekkelijk onbelangrijk, want het resultaat voor hem is hetzelfde. Hij wordt neurotisch met alle voor de man zelf, voor zijn omgeving en voor het bedrijf nadelige gevolgen van dien.
Een juiste aanname- en promotiepolitiek volgens vaste lijnen en met voorbijgaan van persoonlijke bindingen kan later veel narigheid bij de oudere bezetting voorkomen.
Ook hier geldt het zoveel misbruikte „de juiste man op de juiste plaats".
Een goede aanname- en promotiepolitiek moet in dit opzicht (andere zijden van het vraagstuk worden hier niet besproken) als een preventieve maatregel worden beschouwd.

Kan de zogenaamde selectieve plaatsing een oplossing brengen?

De oplossing van het vraagstuk hoe men mensen met een handicap aan volledig werk kan helpen, heeft men eigenlijk altijd al gezocht in het principe van de selectieve plaatsing, zonder de moed te vinden daaruit de volledige consequenties te trekken. Men verschuilde zich altijd achter het afgezaagde motto: de juiste man op de juiste plaats, zonder aan te geven *hoe* men dit motto in reële plaatsing zou kunnen omzetten.
Enkelingen hebben gedurende de laatste dertig jaren gepoogd een oplossing voor te stellen, waarbij dat principe van de juiste man op de juiste plaats zou kunnen worden bereikt en doorgevoerd. Let wel, alles wat daarover gezegd wordt geldt dus ook voor de man die door zijn leeftijd gehandicapt is, en de leeftijd begint voor de meesten een duidelijke handicap te vormen zodra de leeftijd van 50 jaar wordt bereikt.
De leidingen van de grote bedrijven hebben tot nu toe geen van de voorgestelde oplossingen algemeen willen aanvaarden. De leiding van de Franse mijnen in het Bassin du Nord et du Pas de Calais maakt een gunstige uitzondering, zoals men verderop zal zien.

Dat andere grote bedrijven voorlopig afwijzend tegenover de voorgestelde methoden van selectieve plaatsing staan, is overigens niet zo vreemd.
Ten eerste: iedere leiding van een groot bedrijf is conservatief en deinst terug voor nieuwe dingen.
Ten tweede: het invoeren van een systeem als boven bedoeld,

brengt moeite en kosten met zich mede. De technische adviseurs zien tegen de moeite op en zijn daarom moeilijk te overtuigen en trachten de hoogste leiding ervan terug te houden het nieuw voorgestelde in te voeren. De economische adviseurs zien tegen de nieuw te voteren uitgaven op en fronsen de wenkbrauwen.
De medische en de psychologische diensten die eigenlijk de doorslag zouden moeten geven, zijn bij deze onderhandelingen niet eens aanwezig. (Zij zijn vergeten en ontvangen later daarvoor verontschuldigingen.)
Daarbij komt, laten wij dat niet verhelen, dat deze selectieve plaatsing veel gemakkelijker door te voeren is bij technische werkzaamheden dan bij administratieve.

Bezien we de huidige concepties van een selectieve plaatsing volgens de historie, dan vinden we in de litteratuur van vóór de tweede wereldoorlog al pogingen om de werkzaamheden in rubrieken onder te brengen en deze rubrieken daarna, omgezet in codecijfers, van toepassing te brengen op de man die voor een bepaalde taak zou moeten worden beoordeeld. Een dergelijke cijfercode had men bijvoorbeeld uitgewerkt in Duitsland, waar vóór de tweede wereldoorlog een levendige belangstelling voor deze zaken bestond.
Toen de oorlog uitbrak werkte men in Engeland en Canada langs deze lijnen verder ten behoeve van de strijdkrachten, waar het er om ging iedere bruikbare man zo goed mogelijk te plaatsen. De Canadese en later ook de Engelse recruten werden gekeurd volgens het zogenaamde Pulheems-system. De letters staan voor: Physical capacity, Upper limbs, Locomotion, Hearing, Eyesight, Mental capacity en Stability (emotional).
Iedere letter krijgt na het geneeskundig onderzoek een waarde

toegekend, uitgedrukt in de cijfers 1 tot en met 8 (1 als hoogste, 8 als laagste waarde). Aan een bepaalde combinatie van cijfers verbindt men een bepaalde geschiktheid bijvoorbeeld voor de infanterie, voor een tankbemanning, voor de genie, enz.
De vrije Nederlandse strijdkrachten namen reeds tijdens de oorlog dit systeem over en bij onze strijdkrachten is het thans nog als „Abohzis"-systeem in gebruik.
De Engelsen noemden het: A System of Medical Classification.

Toen eenmaal gebleken was dat dit systeem bij de strijdkrachten bevredigend werkte, heeft men getracht iets dergelijks voor de aannamekeuringen in de industrie uit te werken.
Die industrie stond er juist in de oorlogstijd niet zo gunstig voor wat betreft de mogelijkheid tot aanwerving van nieuwe arbeidskrachten, zelfs jonge vrouwen werkten liever in uniform bij de strijdkrachten, rode kruis e.d.
De naam Hanman is verbonden met de pogingen die in Amerika gedaan zijn om dit vraagstuk tot een oplossing te brengen. Hanman had als opdracht het personeel te plaatsen van een grote instelling die gedurende de laatste wereldoorlog onder andere zorgde voor het herstel van beschadigde marinekleding. Het betreffende personeel zou geheel moeten bestaan uit personen die voor de actieve dienst ongeschikt (geworden) waren o.a. uit mannen die te *oud* waren om bij de strijdkrachten te dienen.
Eerst na de oorlog kon Bert Hanman zijn studies en resultaten publiceren en er verschenen verschillende artikelen in het tijdschrift „Industrial Medicine" van de jaren 1945, 1946 en 1947. In 1951 deed Hanman in Stockholm een boek verschijnen waarin het gehele vraagstuk van de plaatsing van personeel nog

eens de revue passeerde. De titel van dit boek luidde: Physical capacities and Job Placement (let wel: job placement en niet selective placement).

Nu is het duidelijk dat de oudere mens reeds uit hoofde van zijn leeftijd gaat behoren tot de lichamelijk gehandicapte. Hij kan niet meer wat de jonge man kan presteren. Er is voor hem dus een selectieve plaatsing nodig, een goed bekeken plaats of werkpunt waar de bij hem nog aanwezige capaciteiten tot de volle 100% kunnen worden aangewend, zodat de uitgezochte taak geheel en zonder enige beperking door hem kan worden uitgevoerd.
Voor eenvoudige en zuiver mechanische taken blijkt dit alles erg simpel. Hanman maakte een uitvoerige taakanalyse en drukte de eisen van de taak uit in meters, kilogrammen en uren en verzocht de dokter ditzelfde te doen voor de eigenschappen van de keurling.
Een aantal uitwendige omstandigheden geldende voor de betreffende taak werden op het formulier vermeld (toxische stoffen, hitte, stralengevaar e.d.) en de dokter werd verzocht aan te tekenen of patient deze zou kunnen verdragen en hoe lang.
Bij de studie van Hanman bleek duidelijk dat men verschil moet maken tussen een lichamelijke beperking en een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Uiteindelijk was de conclusie dat er voor iedereen met een handicap (dus ook voor de oudere werker) een taak te vinden is die hij zonder enige beperking zal kunnen verrichten. Voor vele taken is de lichamelijk beperkte niet arbeidsongeschikt, zelfs niet gedeeltelijk arbeidsongeschikt. Vandaar ook dat de huidige wetgeving op de gehandicapte (in ons land), die van werkgevers met een bepaald aantal werknemers in dienst eist, dat zij een bepaald aantal gehandicapten

in dienst moeten hebben, voor deze bedrijven geen enkele extra belasting betekent. Mensen die anders beweren, hebben het vraagstuk eenvoudig niet volledig bekeken en zijn door verouderde opvattingen en inzichten geremd.

Laat ons hier even stilstaan bij het begrip selectieve plaatsing.
Oorspronkelijk is dit begrip gebruikt om aan te duiden: een bijzondere plaatsing, een plaatsing in een bedrijf aan een taak waarvoor selectie nodig was en wel selectie van de man zowel als van de taak.
Bij selectieve plaatsing kon dan ook die geselecteerde man enkel en alleen aan *die* taak worden geplaatst.
Deze betekenis van het begrip selectieve plaatsing is verlaten. Ook Hanman heeft dit gezien en heeft er op gereageerd door in de titel van zijn laatste boek niet meer te spreken van „selective placement" maar van „job placement".
Het is nu zo dat het meer en meer gewoonte wordt in de grotere bedrijven de mensen na wikken en wegen een bepaalde taak te geven. Men denke slechts aan het zich steeds uitbreidende en het zich steeds perfectionerende psychologische onderzoek vóór aanname en plaatsing. Die plaats kan dan vrijwel altijd gezien worden niet als één enkel bepaald werkpunt, waarvan niet afgeweken mag worden, maar als plaatsing in een bepaalde sector, waarbinnen nog weer een groot aantal werkpunten mogelijk is.

Welnu, dit veel soepelere, veel gemakkelijker (voor de bedrijfsleiding) hanteerbare begrip waarbij de geschiktheid van een bepaalde man voor een *groep* van werkzaamheden in een bepaalde sector van het bedrijf wordt begrepen, wordt in de betreffende litteratuur nog altijd aangeduid als „selectieve plaatsing".

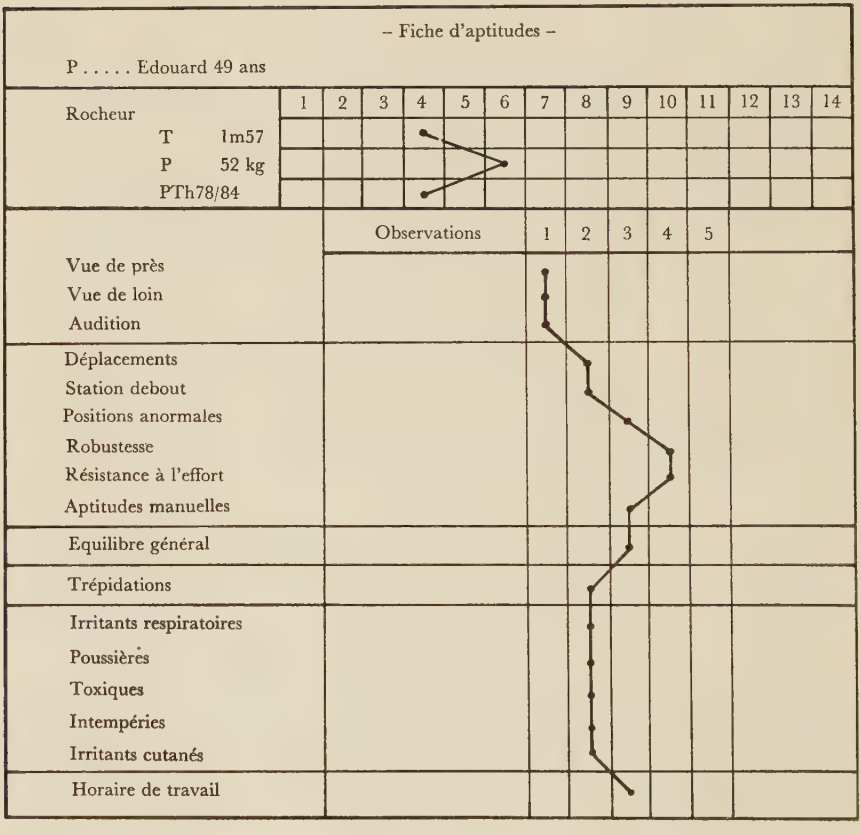
Een goede Nederlandse vertaling voor „job placement" zou ik ook niet weten, men zou het hoogstens kunnen vertalen door „weloverwogen plaatsing".

In overeenstemming met deze ruimere opvatting heeft men het begrip selectieve plaatsing ook toegepast bijv. in de Franse mijnindustrie in het Bassin du Nord et du Pas de Calais. De genationaliseerde Franse mijnen aldaar hebben een systeem aangenomen dat weliswaar van oorsprong Frans is, maar dat van hetzelfde principe uitgaat als waarvan voordien Hanman uitgegaan is. Alleen gebruiken de Fransen veel minder oriënteringspunten. Terwijl Hanman bijv. voor zijn kledingherstellerij na een zorgvuldige job-analysis 49 „physical factors" en 24 „environmental factors" onderscheidde, die dus moesten worden verantwoord zowel in het medische keuringsformulier als in de analyse van de taak, reduceerden de Fransen dit alles tot enkele, met name 17, fundamentele en volgens de Fransen dus zeer belangrijke en beslissende factoren.
Aldus maken de Fransen een „fiche de poste" waarin de eisen opgenomen worden die het werk op die post aan de man stelt, terwijl de keurende geneesheer zorgt voor een „fiche d'aptitude", waarin *in dezelfde termen* de eigenschappen van de gekeurde candidaat worden vastgelegd.

Op de eerste plaats wordt van alle candidaten de lengte, het gewicht en de adembreedte vastgesteld. Daarna volgen, gewaardeerd volgens de cijfers 1–5, gegevens over het gezicht, het gehoor, rechtopstaan, verplaatsen, spierkracht, weerstand tegen belasting, handigheid, evenwicht, effect van trillingen, gevoeligheid voor huidprikkels, toxische stoffen, klimatologisch milieu, ademorganen prikkelende stoffen en het aantal uren dat gewerkt moet worden.

Wanneer de fiche de poste en de fiche d'aptitude elkaar dekken is de man geschikt voor de taak.
Om dit snel te kunnen overzien worden de punten, die de verschillende onderzochte eigenschappen aangeven, met een doorlopende lijn verbonden.
Afbeelding van een fiche d'aptitude, overgenomen uit de Services Médico-Sociaux van 15 september 1946, volgt hieronder.

Référence Classement A VII – nr. 5



Op deze wijze is dus te voorzien in de behoefte aan een inzicht in wat een bepaalde man nog zal kunnen doen na het herstel van een ziekte, na een ongeval, *na het passeren van een zekere leeftijd.*
De vraag is nu dus: „Vinden wij hier een oplossing voor de tewerkstelling, eventueel de handhaving op een zekere post, van de klasse „ouderen"?"
Men zal kunnen inzien dat de geschilderde wijze van selectieve plaatsing zeker een deel van de oplossing aan de hand doet, met name voor de handarbeiders en voor de aangestelden in de zogenaamde lagere leiding, mensen die voornamelijk met lichamelijk werk zijn belast.

Voor de in hoofdzaak administratief werkzamen kan zeker ook een formulering voor de eigenschappen van de taak en van de eigenschappen van de man gevonden worden, die een aanpassing van man en taak mogelijk zal maken.
De juiste man op de juiste plaats zal daarna geen lege leuze meer behoeven te zijn.
Voor deze laatste categorie mensen, de mensen belast met administratieve verantwoordelijkheden en met de leiding in het algemeen, zal ongetwijfeld zowel voor het vaststellen van de fiche d'aptitude als voor de bepaling van de fiche de poste, een ruime plaats moeten worden ingeruimd aan de bedrijfspsycholoog.

Over het onderwerp keuringen zou nog veel te zeggen zijn. Weinigen zijn zich bewust dat een keuringsonderzoek slechts een momentopname is en dat aan de keurende arts meer vragen worden gesteld, dan door een college van professoren zouden kunnen worden beantwoord.
Vandaar ook dat keuringsuitslagen zo voorzichtig dienen te

worden gehanteerd en dat de conclusies die uit die uitslagen getrokken worden, betreffende al of niet tewerkstelling en meer nog betreffende al of niet handhaving in het huidige werk, op een goudschaaltje moeten worden gewogen. De uitvoerder van de keuring, de arts, moet zich voortdurend scherp bewust zijn van de consequenties die zijn uitspraak voor de toekomst van de keurling heeft.
Dat in de toekomst de geneeskundige keuringen (zowel aanname-keuring als periodieke keuringen), meer en meer het werk zullen worden van een team (denk aan de militaire keuringsraden) van min of meer gespecialiseerde artsen, is mijn vaste overtuiging. Wij kunnen hier echter op dit terrein niet verder afdwalen.*

De conclusie die uit het voorgaande te trekken valt is voortreffelijk geformuleerd in het Bejaardennummer van Katholieke Gezondheidszorg 1956, waar men kan lezen:
„De langere levensduur, de vrucht van de hygiene, is alleen dan als een verdienste van de geneeskundige wetenschap te zien, wanneer de sociale consequenties daaruit ook meteen getrokken worden, niet door een rentetoekenning maar door een plaatsing in nuttige arbeid."

* Over het werk van Bert Hanman zie ook mijn artikel in Mens en Onderneming 1947 : „Medische keuringen in nieuwe banen".

Periodiek geneeskundig onderzoek van alle oudere werknemers

Zonder enige twijfel hebben de vele publicaties over de managerziekte, onder verschillende opschriften overigens, nogal wat onrust veroorzaakt. Bij ieder voorkomend geval van plotseling overlijden dachten speciaal de mensen in de hogere leiding van allerlei bedrijven: „Zou ik ook de volgende kunnen zijn?"
Het is niet zo eenvoudig voor iemand die nu eenmaal in die hogere leiding zit, om plotseling over te schakelen op een minder belastend en minder (geestelijk) vermoeiend programma. Men begrijpt dus dat er in bepaalde kringen nogal onrust veroorzaakt is door publicaties, die al te ruig waarschuwden tegen de gevolgen van de managerziekte. Deze onrust kan aanleiding zijn tot ongewenste neurotische reacties maar zij kan ook aanleiding zijn tot het, ernstiger dan voorheen, overwegen van preventieve maatregelen. Zonder twijfel is dit laatste een der goede gevolgen van bovengenoemde publicaties geweest.

Tot de maatregelen die dan werden overwogen behoorde vanzelfsprekend een geneeskundig onderzoek. Daarbij spreekt uit de verschillende uitlatingen hierover, speciaal van niet medische zijde, de geweldige overdrijving van de waarde van dit onderzoek, door de niet-arts in het algemeen. In hoofdstuk 5 werd daarvoor al gewaarschuwd. Een geneeskundig onderzoek is een momentopname. Vele afwijkingen die tot het complex van de zogenaamde managerziekte behoren, beginnen, via de

psyche, als functionele afwijkingen. Daarmede worden hier bedoeld: afwijkingen alleen maar in de functie, nog niet in de anatomische bouw (microscopisch) van de betreffende organen.
Deze beginnende functionele afwijkingen zijn uiterst moeilijk vast te stellen, omdat de overgangen tussen de normale functie en een ziekelijke, abnormale functie, uiterst geleidelijk zijn. Alleen zeer fijne laboratoriummethoden kunnen soms deze beginnende afwijkingen vaststellen, waarbij dan de klinische betekenis daarvan nog dikwijls zó onzeker is, dat ingrijpende maatregelen toch niet kunnen worden gemotiveerd.

Toen men dan ook van verschillende zijden, ter preventie van de bij de „managerziekte" gevreesde verschijnselen, een geneeskundig onderzoek ging voorstellen, werd van medische zijde duidelijk onderstreept, welke verwachtingen men daarvan zou mogen koesteren.
Daarbij bleek dat van die zijde algemeen werd aangenomen, dat een dergelijk onderzoek periodiek zou moeten plaats hebben. Tegelijkertijd kwamen de discussies ter tafel over de belangrijke vraag wie aan een dergelijk onderzoek zouden moeten worden onderworpen.
In het algemeen begon men in die bedrijven die er wat voor voelden, dit periodiek geneeskundig onderzoek te beperken tot de top. De leidinggevende top bestaat in het algemeen uit oudere mensen, zeker boven de 40 jaar. Deze groep vormt in alle opzichten voor het bedrijf een kostbaar bezit. Zij zijn reeds lang in dienst van het bedrijf en hebben in het algemeen een dure opleiding gehad (bedoeld wordt hier de opleiding ín het bedrijf, veel reizen, vergaderingen, congressen in het buitenland, bezoek ontvangen en representeren).
Zij zijn een kostbaar bezit om hun kennis van het bedrijf, zijn

produktie- en zijn afzetmethodes, en om de relaties die zij rondom en buiten het bedrijf bezitten. Zij zijn niet zó maar te vervangen, zij zijn op elkaar ingespeeld en vormen, dikwijls ongewild en onbewust, een team van samenwerkende krachten dat elkaar de bal toewerpt en eveneens elkaars vergissingen opvangt en camoufleert.
Zij hebben bovendien geleerd met elkaar het bedrijf op het goede tempo en in de goede richting te houden, zonder elkaar op de tenen te trappen of in de weg te staan.
Bovendien zijn zij de leraren, de opvoeders van de jongeren die bestemd zijn de latere prominenten te worden en de door hun voorgangers verlaten stoelen te bezetten.

De bedoeling van het periodiek geneeskundig onderzoek is, dit verlaten van die stoelen pas te doen plaats hebben als de leeftijdsgrens daarvoor bereikt is en niet veel eerder, door het optreden van het syndroom van de managerziekte.
Van dit standpunt bezien is het periodieke geneeskundig onderzoek, zijn ALLE doelmatige preventieve maatregelen een goede investering.

Dit alles is van het bedrijf uit geredeneerd een tamelijk egoïstisch standpunt. Het bedrijfsbelang brengt mede, dat de top tot een bepaald tijdstip goed blijft functioneren en het bedrijf is bereid daarvoor een bepaalde, niet onbelangrijke som gelds beschikbaar te stellen.
Dit zuiver egoïstische standpunt wordt dus bepaald door de invoering van periodiek geneeskundig onderzoek, *alleen voor de leidinggevende top.*
Die leidinggevende top kan dan het beste worden bepaald door twee factoren die beide een minimum moeten hebben overschreden, wil de betreffende tot de leidinggevende top

gerekend kunnen worden. Die twee factoren zijn de *leeftijd* en het *salaris*.
Men neemt dan aan dat iedereen die bijvoorbeeld de leeftijd van 45 jaar gepasseerd is en gesalarieerd wordt boven een bepaald minimum, tot de leidende top behoort.

Er bestaat de laatste tijd echter een duidelijke neiging om het periodieke geneeskundige onderzoek (betaald door het bedrijf) als een bepaalde, door het bedrijf te presenteren sociale maatregel te zien: een uitdrukking van de zorg van het bedrijf voor de in dat bedrijf werkzame oudere werkkrachten.
De aan te leggen maatstaf wordt dan natuurlijk anders, de strekking minder egoïstisch en men ziet dan dat het bij bepaalde bedrijven (in Amerika komt dat hier en daar zonder twijfel reeds voor) een aangenomen gewoonte is dat iedereen aan het bedrijf verbonden, voor deze periodieke „check up" in aanmerking komt zodra hij een bepaalde leeftijd is gepasseerd, onafhankelijk van de taak die hij vervult en van het salaris dat hij verdient.
Een tweede stel van vragen dat moet worden bekeken voordat men tot invoering van de bovengenoemde maatregel overgaat is, welke de consequenties zijn die eventueel uit dit periodieke onderzoek zullen moeten worden getrokken.
Stellen wij dat de arts een afwijking van de norm vindt, de onderzochte is niet ziek maar bij het voortschrijden van de gevonden afwijking zou daar zeer waarschijnlijk een ziekte uit ontstaan. De arts zal dan bepaalde maatregelen aan de onderzochte voorstellen om die voortschrijding te voorkomen, een leefregel met dieet en dergelijke.
Wanneer echter de bevindingen medebrengen dat er veranderingen in het werk en in de verantwoordelijkheden zullen moeten worden aangebracht, zonder welke ongewenste ge-

volgen voor de gezondheid in de naaste toekomst niet te vermijden zullen zijn, dan wordt de consequentie voor het bedrijf al gauw ernstig. Men dient dan ook van te voren te overwegen of men die consequenties in hun volle betekenis zal willen en kunnen aanvaarden, wanneer dit betekent verschuiving van opdracht en werkpunt naar een rustiger of minstens naar een andere plaats.

Heeft men een goede methode van selectieve plaatsing aanvaard (zie vorige hoofdstuk), dan zal in de meeste gevallen een alleszins aanvaardbare oplossing gevonden kunnen worden.
Hierbij zij opgemerkt dat het periodieke geneeskundige onderzoek nooit gevolgen mag hebben die voor het inkomen van de onderzochten nadelig zijn. Is verlies van inkomen (vermindering van beloning) mogelijk een gevolg van het periodieke geneeskundige onderzoek, dan zal dit onderzoek weldra in diskrediet raken en zal het zijn nuttige functie dus niet kunnen vervullen.
Dit brengt ons direct tot een ander stel vragen dat zich in dit gehele complex van maatregelen voordoet, en wel of het onderzoek verplicht zal zijn dan wel op vrijwillige basis (van de kant van de onderzochte) zal geschieden.
Van het oogpunt van het bedrijf uit gezien en dus vooral indien het bedrijf bereid is het geheel der onkosten aan dit periodieke onderzoek verbonden op zich te nemen, spreekt het vanzelf dat dit onderzoek verplicht wordt gesteld.
Wij zijn echter van mening dat dit niet onmiddellijk bij de aanvang zó moet worden gesteld. Wanneer het onderzoek – als boven bedoeld – als iets nieuws aan de bezetting wordt gepresenteerd, verdient het aanbeveling de gevolggeving aan de uitnodiging van de directie om aan dit onderzoek deel te nemen, op vrijwillige basis te stellen. De voorlichting, aan de

invoering voorafgaande, dient zó te zijn, dat men – de grote voordelen van een dergelijk periodiek onderzoek inziende – met overtuiging en met graagte zijn medewerking zal verlenen.
De kosten van het onderzoek moeten geheel ten laste komen van het bedrijf. Dit erkent daardoor, en accentueert zelfs de grote voordelen die het bedrijf van de tijdige ontdekking van beginnende afwijkingen bij de bezetting heeft.
Wanneer na verloop van enige jaren door het nemen van maatregelen in deze vorm het periodieke geneeskundig onderzoek een algemeen aanvaarde en vanzelfsprekende zaak is, kan, wanneer de leiding daar nog behoefte aan heeft, dit onderzoek zonder schokkende overgang voor een bepaalde categorie van de bezetting, eventueel de gehele bezetting, verplicht worden gesteld.

Een direct hierbij aansluitende vraag is, welke arts dit onderzoek zal moeten uitvoeren. Er zijn verschillende mogelijkheden, alle met voordelen zowel als met nadelen.
Op de eerste plaats denkt men in dit verband vanzelfsprekend aan de *bedrijfsarts*. Deze kent de gehele bedrijfsbezetting en is meestal ook aardig op de hoogte van vrienden en relaties van de te onderzoeken persoon, meestal ook wel van zijn gezinsomstandigheden.
Van meer voordeel is dat de bedrijfsarts op de hoogte is van de functie(s) die de onderzochte in het bedrijf vervult en de werkzaamheden en verplichtingen die deze functies medebrengen.
In de meeste gevallen is de uitrusting van de bedrijfsarts ruim voldoende om een dergelijk onderzoek uitgebreid en accuraat genoeg uit te voeren.
Door het onderzoek aan de eigen bedrijfsgeneeskundige dienst op te dragen geeft de directie duidelijk te kennen, dat de

Karel Jonckheere

Schrijver

„Ik ben geboren te Oostende op 9 april 1906 als zoon van een diender. Ik was de oudste van de drie. Ik studeerde voor leraar middelbaar onderwijs, bleef in het onderwijs tot 1945. Omstreeks de jaren 1930 ben ik begonnen verzen te publiceren, huwde in 1931 en vertrok in 1937 voor één reis mee naar de Golf van Mexico. Dit om mee te delen dat ik vóór mijn veertigste jaar dúrfde huwen, dúrfde schrijven en dúrfde reizen. Na mijn veertigste is echter wel het voornaamste in mijn leven

gebeurd. In 1945 werd ik secretaris van de Rijksmiddelbare School te Veurne, in 1946 staatsinspekteur van de Openbare Bibliotheken, in 1954 literair adviseur bij het Departement van Kunst en Letteren.
In 1951 is misschien het belangrijkste uit mijn bestaan gebeurd: mij werd een zoontje geboren, het enige kind. Het is, spijtig genoeg, blind, wat niet belet dat de tweede helft van mijn leven hierdoor de helft werd. Toen ik veertig werd, schreef ik het lange gedicht „Spiegel der Zee", met het beginvers:

Wie veertig jaar wordt zal zich zelven kennen
of anders is het beter dat hij sterft;
de geest begint zich weer aan 't vlees te wennen
en dit wordt moe, het schone bloed bederft.

Sedert mijn veertigste zijn een twintigtal boeken verschenen. Letterkundige prijzen en andere onderscheidingen acht ik van geen belang. Eerlang verschijnt bij Stols in Den Haag een lang gedicht „Ogentroost", een bestek van wat mijn ogen betekend hebben bij de vorming van mijn (vermeende?) persoonlijkheid."

bedrijfsgeneeskunde op de allereerste plaats preventieve geneeskunde is. De taak van de aan die eigen bedrijfsgeneeskundige dienst verbonden arts is op de eerste plaats ziekte en invaliditeit bij de bedrijfsbezetting te *voorkomen.*

Het nadeel is dat niet iedere aangestelde het prettig zal vinden als juist de bedrijfsarts beginnende afwijkingen, met een betekenis eerst in de toekomst, bij hem zou ontdekken.
Men vreest dan dat de bedrijfsarts aan de bedrijfsleiding zal rapporteren en dat de onderzochte daardoor nadelen (bijv. in zijn promotie) zal ondervinden.
Het is merkwaardig dat men zo gauw schijnt te vergeten dat ook de bedrijfsarts heeft gezworen het beroepsgeheim te handhaven en dat er dus bij goede verhoudingen in het bedrijf op de gevreesde gang van zaken geen kans is.

De tweede mogelijkheid is het inschakelen van de *huisarts* van de patient. De voordelen daarvan liggen op de eerste plaats in het feit, dat (ook wanneer alle verhoudingen liggen zoals ze behoren te liggen) de huisarts de door de patient zelf in vertrouwen verkozen arts is. Verder liggen die voordelen in hetzelfde vlak als hierboven voor de bedrijfsarts gezegd is, met nu de nadruk op de familierelaties en de huiselijke omstandigheden. Merkwaardig is het wel dat andere artsen dan de bedrijfsarts zo weinig begrip hebben van de verhoudingen zoals die in het werk van de mensen in de bedrijven liggen.
De invloed van eventuele erfelijke factoren en de betekenis van de persoonlijke en de familieanamnese zijn de huisarts weer zeer vertrouwd.
Van de zijde van de bedrijfsleiding wordt wel eens gevreesd dat het onderzoek van de huisarts te vluchtig en te weinig gericht zal zijn en dat de uitslag overdreven optimistisch

geïnterpreteerd zal worden om de onderzochte ter wille te zijn. Sommige bedrijven in Amerika en Engeland hebben een dergelijke regeling en zijn daarmede niet ontevreden.

Een derde mogelijkheid is de uitvoering van het periodiek geneeskundig onderzoek door een *specialist.*
Medisch gezien zijn hier de meeste kansen op een minder bevredigend verloop. In ieder geval zou begonnen moeten worden met de specialist-internist, die wanneer hij meent onregelmatigheden te constateren die niet op zijn eigen terrein liggen (ogen, zenuwen, urinewegen, geslachtsorganen bij de vrouw), de onderzochte door zou moeten zenden naar de specialisten op de genoemde terreinen.
Vooral wanneer de keuze van de onderzoekende geneesheer geheel aan de te onderzoeken persoon wordt overgelaten, wordt soms een bepaalde specialist uitgezocht op grond van afwijkingen, die de te onderzoeken mens meent te hebben, naar aanleiding van bij hem op bepaalde tijden voorkomende klachten en bezwaren. Zo zal een patient met nerveuze hartkloppingen de neiging hebben onderzocht te willen worden door een cardioloog.

Alles bijeen genomen menen wij, dat de uitvoering van een periodiek geneeskundig onderzoek door de eigen geneeskundige dienst van het bedrijf de voorkeur verdient.

De uitvoering van dit onderzoek door een door de werknemer zelf aan te wijzen arts, kan als introductie van het periodieke onderzoek, waar dit nog onbekend is, voordeel hebben. De kosten ervan zullen, welke methode ook gekozen wordt, geheel door het bedrijf worden gedragen.
Een rapport van het onderzoek uitbrengen aan de huisarts van

de patient, zal de regel moeten zijn. Voert de bedrijfsarts niet zelf het onderzoek uit, dan zal hij in ieder geval een afschrift van het rapport ontvangen.
Ook betreffende de techniek van het onderzoek kan hier een enkel punt naar voren worden gebracht, daar niet alle punten alleen de arts aangaan.
De vraag is hier namelijk: „Kan men in deze gevallen (wij praten dus over *oudere* werknemers) tevreden zijn met een onderzoek van alleen de hoofdzaken of moet er meer in detail getreden worden?"
Bij de beantwoording van deze vraag valt er het volgende te overwegen: chronische ziekten vormen het belangrijkste onderwerp voor de ouderen, deze chronische ziekten zijn minder frequent dan de acute aandoeningen, die veel meer op jongere leeftijd voorkomen, maar ze zijn langer van duur en permanent invalidiserend of zelfs fataal.

Er zijn een aantal ziekelijke aandoeningen waarvan bekend is, dat de frequentie met de leeftijd stijgt. Hieronder vindt men bijvoorbeeld:
Ingewandsbreuken, nieraandoeningen, suikerziekte, kwaadaardige gezwellen, bloeddrukverhoging en bloedvatverkalking, hartspieraandoeningen, spataderen, prostaataandoeningen, blaasstenen, oogaandoeningen, chronische reuma, orthopedische aandoeningen.
Dit lijstje is lang niet volledig, er zijn maar enkele van de voornaamste en meest voorkomende ziekten op oudere leeftijd opgesomd.
Het geneeskundig onderzoek van de oudere mens moet hiermede rekening houden en moet dus gericht zijn. De arts moet extra letten op de mogelijkheid van de aanwezigheid van beginnende stadia van de genoemde aandoeningen.

De kunst van het goed opnemen van de anamnese (voorgeschiedenis) speelt hier een grote rol. Het lichamelijk onderzoek nadien dient eigenlijk ter bevestiging of wijziging van de uit de anamnese getrokken conclusie, die een voorlopige diagnose inhoudt.
Dit alles is een krachtige steun voor diegenen, die menen dat een periodiek geneeskundig onderzoek uitgevoerd dient te worden door de bedrijfsarts. De werkanamnese speelt namelijk bij de in de industrie werkzame werknemers een zeer belangrijke rol. Eerst wanneer de bedrijfsarts een duidelijke ziekelijke aandoening heeft ontdekt, komt de cyclus: huisarts, specialist, superspecialist, de curatieve geneeskunde vertegenwoordigend, op het tapijt.
Wat de onderzoekende arts bij deze oudere mensen vindt, die bij hem komen als gezonde, vol in hun arbeid staande, zich van geen ziekelijke afwijkingen bewuste, deelnemers in een onder volle belasting werkend bedrijf, zijn dan ook slechts zelden echte ziekten.

Een enkele maal wordt inderdaad een ziekelijke afwijking die reeds lang behandeld had moeten worden, bij een dergelijk preventief onderzoek voor het eerst ontdekt. In de meeste gevallen vindt de onderzoekende bedrijfsarts slechts grensgevallen, de patient is te zwaar maar heeft nog geen overige verschijnselen van een duidelijke vetzucht, zijn bloedsamenstelling is een beetje naar de pathologische kant verschoven maar er is geen bloedziekte of stofwisselingsziekte, hij heeft wat vage klachten over hoofdpijn, druk op het hoofd en duizeligheid zonder dat er lichamelijke afwijkingen te vinden zijn, zijn bloeddruk bereikt de bovenste grens van wat op zijn leeftijd toelaatbaar is, enzovoorts, enzovoorts.
Het resultaat van het onderzoek is dan ook, dat de onder-

zoekende arts een leefregel geeft, maar geen of slechts zelden en zeer tijdelijk één of andere behandeling voorstelt. De onderzochte blijkt niet ziek te zijn maar zou ziek kunnen worden wanneer de gevonden verschijnselen zich verder zouden ontwikkelen. U begrijpt: hoe vroeger deze „afwijkingen in de pathologische richting" ontdekt worden, hoe eenvoudiger de ombuiging in niet ziekelijke richting zal zijn, hoe gemakkelijker een correctie kan worden bereikt.

U begrijpt ook dat het de kunst van de onderzoekende arts is, de onderzochte aan de hand van zijn bevindingen te overtuigen, dat hij de voorgeschreven maatregelen (minder eten, minder drinken, minder roken, meer beweging nemen, meer sport, meer slapen) ook werkelijk moet opvolgen en dat hij anders echt toch wel de verkeerde kant uitgaat.
Daarvoor is op de eerste plaats nodig, dat de onderzochte vertrouwen heeft in de onderzoekende arts. De meeste bedrijfsartsen genieten dit vertrouwen van het grootste deel van de bedrijfsbevolking.

Een volgende belangrijke vraag is of er betreffende ieder onderzoek een rapport moet uitgaan naar de bedrijfsleiding (natuurlijk zonder vermelding van medische bijzonderheden).
Het algemene standpunt is thans wel dat dit bepaald niet het geval moet zijn. Ten eerste dient het medische beroepsgeheim onder alle omstandigheden te worden bewaard. In bepaalde gevallen waar maatregelen nodig lijken (werkverandering) moet eerst overleg gepleegd worden met de onderzochte en alleen met diens instemming kunnen bepaalde voorstellen op grond van medische overwegingen aan de bedrijfsleiding worden gedaan.
Een van de voordelen van de methode van selectieve plaatsing

zoals beschreven in hoofdstuk acht, is, dat er nergens een diagnose wordt genoemd. De fiche d'aptitude draagt alleen bepaalde eigenschappen van de gekeurde maar er wordt nergens een diagnose vermeld, het beroepsgeheim blijft dus altijd gehandhaafd.

De meningen over de frequentie waarin dit periodieke geneeskundig onderzoek moet plaats hebben, zijn op één punt vrijwel unaniem. Iedereen meent dat de periode niet te lang mag zijn. Duidelijk wordt hier en daar vermeld, dat een tussentijd van drie jaren te lang is. Twee jaar is beter, erge enthousiastelingen willen er een jaarlijks onderzoek van maken. Voor grotere bedrijven betekent dit niet alleen een zware belasting, maar bovendien is het te verwachten resultaat daar zeker niet mede in overeenstemming. Een tussentijd van twee jaren is voldoende en kan zeer bevredigende resultaten opleveren.
Van de kostenberekening is nog niet veel te zeggen. Publicaties daarover zijn er nauwelijks. In de Chemical and Engineering News van november 1951 wordt voor Amerika een bedrag van 1000 dollar per beambte genoemd, het tijdverlies medegerekend.
Nederlandse verhoudingen en kosten zijn in ieder geval anders. Laat men echter altijd bedenken: iedere onderneming van enige betekenis kan zo nodig een nieuwe machine aanschaffen; maar goede beambten op verantwoordelijke posten zijn onbetaalbaar. En laat men eveneens bedenken: een slecht onderzoek is slechter dan geen onderzoek, want het eerste geeft een niet gemotiveerd vertrouwen, dat alles in orde is, of het doet ingrijpende maatregelen nemen waar die niet nodig zijn.

In de toekomst moet het psychische en het fysische materiaal van de constructie „mens" geïntegreerd worden met de func-

tionele eisen van de industriële werkzaamheden. Er zal voortdurend meer van de oudere, leidinggevende beambte worden gevraagd.
Leiding geven is een specifiek beroep met zijn eigen risico's op psychisch gebied, met de lichamelijke gevolgen van dien, vooral voor hart, maag en zenuwen.
De man die bij deze integratie in de toekomt de grootste rol zal spelen (de Amerikanen hebben hem al de naam „Biological Engineer" gegeven) zal waarschijnlijk komen uit de groep van de psychologen of van de sociale werkers.

Pensionering en voorbereiding daarop

Zoals we reeds meerdere malen gezien hebben, gaat de gemiddelde levensduur van de mens door de vele hygiënische en sociale maatregelen, die door iedereen tegenwoordig zo vanzelfsprekend gevonden worden, omhoog.
De mens van 60 jaar is mede daarom heden veel jonger dan een eeuw geleden.
Men zou het in een paradox kunnen zeggen: „Doordat de mensheid ouder wordt, blijft de mens langer jong".
De vraag hoe de pensioengerechtigde zich voelt en wat de reactie is van de zich nog jong voelende mens op zijn pensionering (of ontslag) wegens het bereiken van de leeftijdslimiet, is een vraag die met grote aandrang om een antwoord roept, temeer waar men deze vraag voor een tiental jaren nog nauwelijks stelde.
De factoren waaruit het antwoord op deze vraag moet worden opgebouwd liggen niet uitsluitend op het terrein van de geneeskundige, maar tevens op naburige gebieden en zelfs op terreinen als de economie en de sociologie, ogenschijnlijk ver van de arts verwijderd.

Onze tijd ziet en voelt de bejaarde als een hinderlijk verschijnsel, als een verschijnsel waarvoor men geen alleszins bevredigende oplossing gevonden heeft en dat dus de soepele prettige gang van zaken (van de wieg tot aan het graf) in de weg staat.
Dit probleem is groter geworden naarmate de beschaving toegenomen is, want met het toenemen der beschaving groeit het

aantal overlevende ouderen en groeit tevens het besef dat men deze ouderen een behoorlijk bestaan verschuldigd is.
Het probleem: „Wat moeten we met de oudere generatie?" is zoals boven gezegd geen specifiek probleem van de arts, ook niet een probleem van de bedrijfsarts of van de industrie, maar een probleem van de gehele beschaafde, christelijke en westerse samenleving.

Het standpunt dat men tegenover deze vragen stelt, heeft altijd sterk gewisseld met tijd en plaats.
Naast een overdreven eerbied voor de hoge leeftijd en grijze haren, voor gerijptheid en daaruit voortvloeiende wijsheid, zoals men die kon vinden in (het nog niet zo heel lang geleden) oude China, waar de titel „Oude" een eretitel betekende, bestond er bij vele primitieve natuurvolkeren een neiging tot vernietiging van de onnutte opeters.
Het beschaafde Europa kon tot voor kort niets anders voor de oude dag opbrengen dan een enerzijds sentimenteel en anderzijds enigszins spottend gericht medelijden.
Dat er nu de laatste tijd een werkelijke belangstelling is ontstaan voor de vraagstukken die de hoge jaren begeleiden, is vooral te danken aan de harde noodzaak.
De mens wordt ouder, hij maakt niet zo gauw plaats voor de volgende generatie. Hoe kan hij dus nuttig worden gemaakt en bovenal, hoe kan deze mens waardig en tevreden oud worden?

Het eerste voor de hand liggende antwoord op de daaruit rijzende problemen leek heel eenvoudig. Geef de man, zodra hij niet meer mee kan produceren, een pensioen in de vorm van een (laag) jaarlijks inkomen en laat hem verder in een stoel gezeten toekijken. Toen men dit idee ging realiseren, kwamen eerst echt de werkelijke problemen voor de dag.

De vragen die zich opdrongen zijn in hoofdzaak in enkele hoofdcategorieën onder te brengen.
Eerste vraag: Welke maatstaf moet worden aangelegd om het tijdstip van de pensionering te bepalen en als de leeftijd die maatstaf daarvoor moet vormen, op welke leeftijd is dit dan?
Tweede vraag: Hoe hoog moet of hoe laag kan dat pensioen zijn zodat een behoorlijk bestaan kan worden gehandhaafd?
Derde vraag: Hoe kunnen gepensioneerden de voor hen nodige verzorging verkrijgen en betalen?
Vierde vraag: Wat kan een gepensioneerde nog doen, waarmede kan hij zijn leven vullen en aan dat leven inhoud en zin geven?

Bij een poging om de eerste vraag te beantwoorden zitten we reeds midden in een biologisch probleem. Op de gestelde vraag is namelijk geen antwoord te geven zoals de oorspronkelijke vraagstellers dat hadden verwacht. Op tien-jarige leeftijd is niet iedereen even oud, maar veel minder nog op 60- of op 65-jarige leeftijd. De een is met 55 jaar al een oude man, een ander maakt op 70-jarige leeftijd nog een jeugdige indruk.
De leeftijd waarop daadwerkelijk gepensioneerd wordt is een compromis en iedereen aanvaardt de onrechtvaardigheid die dit compromis medebrengt.
In ons land neemt men in het algemeen de leeftijd van 65 jaar aan als de pensioengerechtigde leeftijd.
Men moet zich echter goed bewust zijn dat een aantal mensen dit terecht als een grove onbillijkheid voelen, terwijl er daartegenover staan, die al 5 of zelfs 10 jaar eerder bereid geweest zouden zijn hun „otium cum dignitate" te aanvaarden.
Hierbij moet vermeld worden dat, indien men een objectieve maatstaf zou willen hebben betreffende iemands validiteit op een bepaalde leeftijd, deze objectieve maat verschaft kan worden.

Het moderne fysiologische of bedrijfsgeneeskundige laboratorium is door middel van proefnemingen, waarbij de functie van het ademhalingsapparaat wordt bepaald naast de functie van het circulatieapparaat, terwijl tegelijkertijd de energiewisseling d.w.z. de zuurstofopname en de koolzuurafgifte worden bepaald, in staat ons de gevraagde objectieve maatstaf te verschaffen.
De mate van invaliditeit zou een heel wat zuiverder maatstaf zijn om iemand de deelname aan het produktieproces verder te verbieden. Echter deze maatstaf is niet zo eenvoudig te hanteren, zou aanleiding geven tot controversen en lijkt niet zo objectief als het bereiken van een bepaalde leeftijd die door niemand kan worden ontkend of aangevallen.

De tweede vraag gaat dus uit naar het bedrag dat als pensioen zal worden uitgekeerd.
Iedereen begrijpt onmiddellijk dat dit een zeer belangrijke factor is. Immers de gepensioneerde moet verder kunnen leven. Iedereen is er eveneens van overtuigd, dat hij in de meeste gevallen nog wel wat doen kan en er dus nog wat kan bijverdienen.
Van dit standpunt mag men echter beslist niet uitgaan bij de bepaling van het bedrag van het pensioen, wil men rechtvaardig blijven oordelen. Immers niemand kan de bejaarde waarborgen dat hij het werk, dat hij zou kunnen doen, ook daadwerkelijk zal krijgen.
Men moet er dus van uitgaan dat de gepensioneerde van zijn pensioenuitkering zal moeten leven.
Dat dit niet zal kunnen zijn op dezelfde wijze als hij tot nu toe leefde, is voor iedereen duidelijk die zich realiseert, dat in het gunstigste geval het inkomen op de dag van pensionering toch nog plotseling zeer aanzienlijk daalt.

Een vraag die nog nooit beantwoord is: Welke luxe (en onder luxe wordt hier verstaan, alles wat uitgaat boven het strikt noodzakelijke om een menswaardig bestaan te handhaven) mag de gepensioneerde zich nog kunnen veroorloven en wat moet hij bepaald bereid zijn op te geven?
Laat ik U één voorbeeld geven.
Moet hij bijvoorbeeld zijn vervoermiddel reduceren van auto tot fiets? Is dit het geval dan zal hij zijn bewegingsmogelijkheden tot het uiterste beperkt zien en dat juist in een tijd dat de lichaamsbewegingen (lopen) toch al duidelijk gelimiteerd zijn. Hij kan niet lang achtereen meer lopen, zijn vrouw evenmin of nog minder.
Fietsen in het moderne verkeer is, op alle plaatsen waar geen goede fietspaden aanwezig zijn, voor oudere mensen levensgevaarlijk, hun waarnemingsvermogen en hun reacties op datgene wat ze waargenomen hebben is te traag. De gepensioneerde wordt dus praktisch gereduceerd tot zijn dagelijks verblijf, zijn flatje of zijn kamer in het bejaardencentrum en de directe omgeving daarvan.
Daar komt nog bij, dat de terugval van de gepensioneerde op een inkomen dat in ieder geval veel lager ligt dan het tot dan toe genoten salaris, in vele gevallen een zeer ongunstige invloed heeft op de *psyche* van de gepensioneerde.
Op oudere leeftijd neigt de psyche tot depressieve reacties; deze psychische toestand gaat gepaard met een uitgesproken bezuinigingsneiging, die zich in vele gevallen openbaart in een armoedewaan. Deze ongewenste toestand wordt door een plotselinge verlaging van het inkomen sterk bevorderd en geeft aanleiding tot menige psychische ontsporing.
Op de derde plaats werd de vraag gesteld hoe de gepensioneerden de nodige zorg kunnen verkrijgen en betalen. Men zou deze vraag wat scherper kunnen stellen en aldus formuleren:

„Hoe gaat het met de huishoudelijke en de lichamelijke verzorging van de gepensioneerde?", bijv.: hoe komt de vuilnisbak aan de trottoirrand en hoe komt de as uit de kelder naar boven.
Er wordt op deze punten op vele wijzen geïmproviseerd. Een in de buurt wonend familielid komt op de afgesproken uren even langs om deze, lichamelijk voor de ouderen zeer inspannende, karweitjes op te knappen. Een enkele keer wil een buurman wel eens even helpen. Met veel moeite doet de gepensioneerde zelf ook deze werkjes wel eens wanneer er direct geen andere oplossing is.
Maar een permanente, een bevredigende, een afdoende oplossing is dit alles niet. Vaste hulp is bijna niet te krijgen en als ze te krijgen is, kan deze hulp uit het kleine inkomen niet worden betaald.
Wegens gebrek aan hulp moet de bejaarde huisvrouw dagelijks de stad in om inkopen te doen voor de dagelijkse behoeften, immers, ook al vanwege het beperkte inkomen moeten deze ingrediënten en voorwerpen op de meest economische wijze en plaats worden ingekocht (ieder dubbeltje meer of minder telt).
Misschien behoeft deze uitgang niet dagelijks te geschieden, het kan misschien geconcentreerd worden in drie keer, misschien zelfs in twee keer per week, maar de uitgang moet dan ook plaats hebben, onafhankelijk van het weer en van andere omstandigheden, zo wat de mensen noemen „door weer en wind".
Wanneer de nog aan huis verschijnende leveranciers weigeren de trappen op te klimmen naar de bovenste verdiepingen (men heeft in de dagbladen al over een dergelijke weigering kunnen lezen) dan dient de bejaarde huisvrouw of de gepensioneerde zelf, iedere keer wanneer een leverancier zich meldt de trappen af te dalen en na het afdoen der besognes beneden, weer naar

boven te klimmen. Een lift is nog lang niet overal aanwezig.
In tijden van normale gezondheid zullen zelfs het schoonmaken van de kamers en het opmaken van de bedden voor de bejaarde huisvrouw een zware taak zijn.
Dit alles dus nog aangenomen dat de gezondheidstoestand van de gepensioneerde en zijn echtgenote, gezien hun leeftijd, niets te wensen overlaat. Zodra een van beiden ziek en bedlegerig wordt, is de toestand direct veel gecompliceerder en is zonder verzorging van buitenaf een menswaardige levenswijze niet meer te handhaven.
Het is nu een merkwaardig feit dat de meeste ziekenkassen voor gepensioneerden de daarbij aangesloten leden MINDER rechten geven, dan ze als vroegere leden van de ziekenkas van de werknemers konden genieten. De ziekenhuisverpleging met name wordt maar gedurende een kortere tijd vergoed en evenzo vele andere verstrekkingen. Daarbij schijnt men volkomen vergeten te hebben, dat de behoeften van de gepensioneerden juist groter worden, niet minder. Ook de kans dat zij van hun rechten gebruik moeten maken is groter, terwijl de termijn dat ze verder nog van die rechten gebruik zullen kunnen maken kleiner wordt, naarmate ze ouder worden.
Feitelijk zou de regeling zó moeten zijn dat de gepensioneerde tijdens ziekte van lid of echtgenote, recht zou kunnen doen gelden op vergoeding voor hulp in de huishouding. Deze hulp is lang niet altijd te krijgen maar de mogelijkheid een dergelijke hulp voor rekening van de ziekenkas aan gepensioneerden te kunnen brengen, zou toch een belangrijke verbetering betekenen.

De lichamelijke verzorging zal „in normale tijden" al moeilijker worden dan vroeger. Een bad nemen wordt bij oudere, zwaardere, stijvere mensen al spoedig lastig. In het bad stijgen

is moeilijk, er uit komen nog moeilijker, zo niet onmogelijk zonder hulp.
Een douche is wat dat betreft beter. Het is merkwaardig dat mensen die hun leven lang over een badkamer met zitbad beschikt hebben, min of meer minachtend oordelen over de douchecel. Dit is voor wat betreft de verzorging van de bejaarde beslist onjuist, de douche kan op hoge leeftijd meestal zonder bezwaar worden benut. In en uit het bad klimmen is zonder hulp gevaarlijk (uitglijden) en vaak zelfs onmogelijk.
Wassen, kammen, borstelen, nagels knippen, dit alles wordt met stijve ledematen of bevende vingers en slechtere ogen een tijdrovende en inspannende, dagelijks te verrichten taak.
De lichamelijke verzorging bij ziekte en ongesteldheid is bij oudere mensen zonder hulp al spoedig onmogelijk.

De oplossing te geven op de zich hierbij voordoende vragen is niet zo eenvoudig.
Op dit ogenblik zien wij dat er in de praktijk twee richtingen zijn waarin deze antwoorden worden benaderd, en naar wij menen zijn beide richtingen beslist verkeerd.
De eerste is de sentimentele benadering, de benadering zoals die meestal betracht wordt door de wijkverpleegster in haar wijk, zoals het personeel van vele bejaardencentra het doet en zoals de autoriteiten (naar de berichten in de couranten) het trachten te doen.
Een demonstratie van medevoelen en medelijden, een behandeling zoals men wat lastige kinderen zou behandelen, een wekelijke tegemoetkoming met een veelvuldig misbruik van de benaming „opa", een volkomen middeleeuwse en naast het doel schietende benadering die door de genoemde categorieën nog steeds veelvuldig gebruikt wordt.
De tweede soort van benaderingspoging die even verkeerd is,

gaat uit van het (vroegere chinese) principe, dat alles wat oud is, eerbiedwaardig is en wijs. De eigenwijsheid van de oude wordt dan ook voor wijsheid aangezien en zijn of haar wensen en eisen worden behandeld alsof ze de uitingen zijn van een ongeschreven wet, waartegen ieder verzet oneerbiedig en indecent zou zijn. Deze houding vindt men nogal eens bij sociale werkers, vooral wanneer zij menen psychologisch bijzonder veel aanleg en inzicht te hebben.
Wat echter bij dit alles, hoe goed ook bedoeld, ontbreekt is een nuchtere houding, gegrond op en voorafgegaan door een periode van voorlichting en voorbereiding, waarbij de werknemers die de leeftijd van 55 jaar overschreden hebben en dus de 65 jaren gaan naderen, voorbereid worden op de komende gebeurtenissen die de pensionering gaan begeleiden.

Het rooskleurige waas van waardering en medegevoel dat wij thans gewend zijn om de oude dag te leggen, moet plaats maken voor een veel reëlere instelling.
De oudere moet weten dat er veel van zijn incasseringsvermogen gevraagd zal worden en dat hij bij zijn jongere opvolgers nauwelijks mag rekenen op een juiste waardering van de inspanningen die hij zich in zijn jongere jaren getroost heeft om te bereiken wat hij thans, als vertrekkende, is.
Hij zal moeten begrijpen dat zijn ervaring en zijn opvattingen als ouderwets en als behorende tot een verleden tijd zullen worden uitgekreten en hij zal tevreden moeten zijn in het besef, dat eens deze jongeren, op hun beurt oud geworden, van hem zullen zeggen: „En toch had die ouwe baas het niet zo erg ver mis".
Dit wil dus zeggen, en dat moet hem terdege worden duidelijk gemaakt, dat ook die jongere, die kritiserende generatie, het niet bij het juiste eind heeft. Dat het best kan zijn dat de

Fie Carelsen

Toneelspeelster

Mevrouw Fie Carelsen werd in 1890 geboren en zij beweert van zichzelf dat zij in haar jeugd ongezeglijk was, zodat zij van bijna alle scholen werd weggestuurd!
Haar loopbaan begon zij bij het Nederlandsch Indisch toneel . . . omdat haar moeder met dat gezelschap meeging. Terug in Nederland speelde zij vijf jaar bij Willem Royaards in kleine rollen, zij ging in 1914 naar het Nederlandsch Toneel, totdat in 1918 Verkade haar „ontdekte".

In 1920 ging Fie Carelsen over naar het gezelschap van Cor van der Lugt Melsert, bleef daar 18 jaar, nu eens wat meer dan wat minder opvallend. Eerst in 1938 – op achtenveertigjarige leeftijd – kreeg zij bij het Residentietoneel, onder leiding van Johan de Meester, voor het eerst een werkelijk eerste plaats. Van toen af – in stijgende lijn – het ene grote succes na het andere tot 1958.
Na een vijftigjarige toneelloopbaan nam Fie Carelsen vrijwillig afscheid. Een afscheid, dat glorieus was en waarvan iedereen zei: „Wat jammer!"

„En nu – na twee jaar – weet ik dat het moeilijk is, maar ik weet ook, dat het verstandig was en zoals ik bij mijn afscheid zei: „Ik heb in mijn leven zoveel onverstandige dingen gedaan, dat het goed doet te weten dat ik althans één keer bewust iets „verstandigs" deed".

geleverde kritiek onbillijk en onjuist is, maar dat hij zich erbij neer zal moeten leggen, dat kritiek in die vorm geleverd wordt en dat er niemand is die zijn stem in zijn voordeel verheft. Dat hij het aan de tijd zal moeten overlaten kritiek op die kritiek te leveren en dat hij zelf die tijd misschien niet eens meer zal beleven.
Daar komt bij dat de meeste ouderen zichzelf werkelijk overschatten, zichzelf en hun prestaties. Zij menen niet gemist te kunnen worden zonder groot nadeel voor het bedrijf waar zij werken en zij lopen daardoor hun opvolgers een tijdlang in de weg.
Bepaald een sociale misstand is het, dat er ook in onze tijd nog gevallen voorkomen, waarin de pensionering zó laag is, dat de ouderen aan hun baantje blijven vastkleven om het terugvallen op een laag economisch niveau zo lang mogelijk uit te stellen.
Bij een behoorlijk georganiseerde voorlichting kan dit alles uitgebreider, maar even nuchter en reëel gezegd worden en op de juiste manier ter discussie worden gesteld.
Speciaal in groepsbijeenkomsten kan het voorgaande als discussieonderwerp gebruikt worden, om van die harde realiteit iets te doen doordringen in de geest van de mensen, die weldra voor deze feiten geplaatst zullen worden.
In bijeenkomsten van een groep waarvan de samenstelling (zo gevarieerd mogelijk) van tevoren door de voorlichter en discussieleider kan worden bestudeerd, kunnen deze harde feiten veel gemakkelijker aan de man gebracht worden dan in een tête-à-tête. Waarmede niet gezegd wil zijn, dat de gehele voorlichting aan de ouderen door middel van groepsbijeenkomsten zal dienen te geschieden. Integendeel: beide methoden, díe van het onderhoud onder vier ogen en díe van het bespreken in een groep, moeten door de voorlichter worden gehanteerd. Hij zal juist tijdens de discussie in de groep tot een besluit

kunnen komen, wie voor een onderhoud zal moeten worden uitgenodigd. En dit is niet alleen de man, die zich tijdens de discussie tegen de normale gang van zaken verzet, maar juist de man die zich terugtrekt, die niet deel neemt, die geen opinie uit en indien uitgenodigd tot het geven van zijn mening, op de vlakte blijft in algemeenheden.
Deze voorlichting is dus niet eenvoudig en kan niet gegeven worden door een oudere beambte, die ofwel reeds tot de groep gepensioneerden behoort en er „dus zo echt in zit", evenmin als door iemand die in hetzelfde schuitje vaart als degenen die hij voor zal moeten lichten en die dus ook op het punt staat met pensioen te gaan, en die nu zo geschikt wordt beoordeeld omdat hij „altijd zo rustig en zo verstandig is geweest".
Een jonge voorlichter met veel zelfbeheersing, veel geduld, veel mensenkennis en een speciale studie gemaakt hebbende van de psyche van de oudere mens: dàt is degene die voor deze moeilijke taak nodig is.
Wij zijn van mening dat hier een neventaak ligt voor één van de aan het bedrijf verbonden sociologen.
Helaas ontbreekt bij de meeste bedrijven het inzicht dat deze voorlichting noodzakelijk is, helaas durft men in andere bedrijven het probleem niet aan, weet men niet hoe men het zal aanpakken en er wordt dus eenvoudig niets aan gedaan (uitzonderingen kunnen er zijn, ze zijn mij niet bekend).

Het blijkt dan, dat bij deze ouderen levensangst een typisch verschijnsel is. Ze durven het niet meer aan, ze kunnen er niet tegenop, ze zijn bezig af te glijden in een depressie om zich zodoende aan het dreigende leven van alle dag (wanneer ze straks gepensioneerd zijn) te onttrekken, in ziekte te vluchten.
Zich uitspreken in een tweegesprek onder vier ogen met een begrijpend mens tegenover zich, is wat deze mensen dan vaak

nodig hebben om daaruit moed te putten op het bewuste tijdstip de zware vracht van hun vrije tijd, gecombineerd met hun geringere financiële mogelijkheden weer op te nemen en verder te gaan ondanks hun angst, en daardoor hun angst af te schudden.
Zeer vaak zal het nodig zijn de andere vleugel van de eenheid „echtpaar" te benaderen, soms komt vandaar de remming en de angst. Daarbij zal het slechts zelden mogelijk en nuttig zijn de echtgenoten op groepsbijeenkomsten uit te nodigen, en zal het meer nut en effect hebben dat de voorlichter (sociale werker?) bij een bezoek aan huis tracht te weten te komen welke weerstanden hier zitten en of er harmonie te bereiken is.

Soms zal het mogelijk zijn uit te gaan van een boek, er is litteratuur te over op dit gebied; vraag de cursusdeelnemers een opgegeven boek zorgvuldig te lezen en bespreek de inhoud in de discussiebijeenkomsten.

Weer een andere maal vindt het gesprek onder vier ogen plaats tijdens en door het gebed. Misschien is het wel nuttig de mens van heden er nog eens aan te herinneren dat er een Heer van leven en dood is en dat men aan deze Opperste Heer onderwerping en gehoorzaamheid verschuldigd is. Degene die zich dit weer eens goed realiseert, vindt dikwijls de moed en daarmede het evenwicht van de aanvaarding.

Een laatste waarheid voor de voorlichter ter overdenking: „Er is geen wet van het oud worden die voor iedereen geldig is". Evenals op alle terreinen van de geneeskunst is ook het onderwerp van de ouder wordende mens een onderwerp dat alleen maar van individu tot individu kan worden gezien en dat geen schablones kent.

Ondertussen is er geen plaats voor pessimisme voor de ouder wordende mens, het is niet de schommelstoel die hem wacht, maar wel de gelegenheid om dingen te doen, die hij in het verleden reeds zo gaarne gedaan zou hebben, maar waarvoor nooit „tijd" is geweest.

De ouderen vergeten, aarzelen en vergissen zich fysiologisch en daarom moeten zij geholpen worden te komen tot een herwaardering van het probleem: „het Leven en Ik".

Wanneer het bedrijfsleven de ouderen lang en nuttig zou willen gebruiken, dan moet men bij het allereerste fysiologische begin van de ouderdomsverschijnselen, en dat is dus zoals wij gezien hebben op wisselende leeftijd, maar voor de meesten rondom de 55 jaar, overgaan tot een selectieve plaatsing van deze mensen in het eigen bedrijf.
Wanneer men dit voor IEDEREEN zou doen, van hoog tot laag, in alle rangen en standen, dan zal dit als een routineprocedure na enige jaren aanvaard zijn en er toe bij kunnen dragen de prestaties van de ouderen te handhaven en de ouderen langer te doen deelnemen aan het produktieproces.
De mens die produceert vormt nog geen belasting voor het economische leven en dat is dus de richting, waarin de oplossing (er zullen er heus nog wel méér zijn) gezocht zou kunnen worden.

De voorbehoeding van de vroegtijdige veroudering

De oude dag is, mede door de vooruitgang van de medische wetenschap, een belangrijk hoofdstuk in de geneeskundige literatuur gaan vormen. De oudere man is niet meer invalide zoals 50 jaar geleden, hij kan niet meer met een pijp in een leunstoel naast de haard gezet worden. Hij doet nog mee, zij het in een ander vlak dan toen hij nog 20 of 30 jaar oud was. Dit brengt consequenties mee, ook voor de ouder wordende mens zelf. Hij moet reeds lang van te voren maatregelen treffen voor die tijd na zijn 65ste jaar, anders komt hij toch nog onverwachts voor een ledige ruimte te staan.

Als regel leven tot nu toe vrouwen wat langer dan mannen. De vraag is echter of deze toestand zal voortduren, nu de vrouw meer en meer gaat leven zoals de man dat reeds lang gewend is en hetzelfde werk als de man gaat doen en dus blootgesteld is aan dezelfde belasting en dezelfde ongevallen. Nu de vrouw meer sigaretten rookt dan de man, evenveel alcohol gebruikt en meer dan de man verslaafd is aan het gebruik van verdovende middelen (in hoofdzaak slaapmiddelen) is het de vraag of haar bevoorrechte positie lang zal voortduren.

De verlenging van de levensduur in onze tijd is voornamelijk te danken aan de uitroeiïng van bepaalde infectieziekten en daarnaast aan een aantal preventieve maatregelen.

Willen we nu nog verder komen, dan moet er meer systematisch worden gehandeld op preventief terrein.

Wij willen hier een poging doen de vraag te beantwoorden welke maatregelen genomen kunnen worden, die als preventief

zouden kunnen worden bestempeld, die dus ten doel hebben het verouderen te voorkomen of althans de verschijnselen daarvan zo lang mogelijk uit te stellen. Ik wil op enkele punten die daarbij ter sprake kunnen komen wat nader ingaan.
Van oudsher heeft men gemeend dat de *voeding* in het proces van de slijtage een grote rol speelde. Dat is ook juist, maar de opvattingen daarover lopen zeer uiteen. De vrolijke en goedmoedige, rondwangige en joviale pycniker zal U vertellen, dat een hard werkend lichaam goed en stevig en uitbundig gevoed dient te worden; hij zal ondanks zijn opgeruimdheid later niet onder de stokouden worden teruggevonden!
De zure, starre, hologige en ascetische astheniker zal U vertellen, dat soberheid en onthouding en hard werken de beste waarborgen zijn voor een langdurige gezondheid en een hoge ouderdom. Ook hij overdrijft, maar wordt in het algemeen toch ouder dan de pycniker.
Zonder twijfel heeft juist in de beschaafde en de beter gesitueerde welvarende landen, de juiste en gevarieerde samenstelling van de voeding er belangrijk toe bijgedragen de gezondheidstoestand van de bewoners van die landen te verbeteren. Daarbij werd eerst in hoofdzaak gedacht aan het voorkomen en daarom ook het bewaren, in stand houden, bij de bereiding van het voedsel voor vernietiging behoeden, van de in dat voedsel voorkomende vitamines.
Gebleken is dat de vitamines C, B_1 en E een rol spelen als profylactica tegen de veroudering en dat dus in ieder geval boven de 40 jaar meer gelet moet worden op een voldoende toevoer van deze drie vitamines.
Ook A speelt een rol, speciaal bij de achteruitgang van de ogen op latere leeftijd, zowel als bij de doofheid van oude mensen.
Van belang is, dat het vitamine E invloed heeft op de cholesterinestofwisseling die zo van betekenis is bij de vaatverande-

ringen, vooral de vaat*wand*veranderingen op latere leeftijd en, zoals men weet, beginnen de daarbij een rol spelende processen al op vrij vroege leeftijd, zeker al wel met 45 tot 50 jaar. Tegenwoordig worden dan ook veelal mengsels van alle bekende vitaminen aanbevolen als profylacticum tegen de ouderdom. Vitamine C zou een specifiek versterkend middel (tonicum) voor oudere mensen zijn. De onderzoekingen van de invloed van het vitaminegebruik op de verouderingsprocessen dateren al van 1925.

Op de *hormonen* van de geslachtsklieren, dus op de interne secretie is al direct na de ontdekking daarvan de aandacht sterk gericht geweest. Men herinnert zich nog wel de proeven van Steinach in Wenen, die het uiterlijk van hanen en kippen en van mannelijke en vrouwelijke muizen kon laten veranderen door overplanting van geslachtsklieren. Velen zullen zich de Europese vermaardheid van Voronoff herinneren, de chirurg in Parijs, die de consequenties uit Steinach's proeven trok en de mannen hun jeugd teruggaf door de transplantatie van geslachtsklieren van mannelijke apen.

De interne secretie, het systeem van de organen met inwendige afscheiding, speelt zeker een grote rol bij het ouder worden, maar daarbij moet zeer zeker niet in de eerste plaats gedacht worden aan de invloed van de gonaden (geslachtsklieren). Op grond van de studies van de Canadese professor H. Selye moet daarbij de betekenis van de hypofyse, het hersenaanhangsel, op de eerste plaats worden gesteld. Dat vanuit de hypofyse regelende hormonen de andere klieren van het systeem van de interne secretie bereiken, is zeker. Over het mechanisme van de dan volgende reacties is nog niet veel bekend. Op grond daarvan dan ook, in dit stadium, bepaalde

inspuitingen van hormonen of mengsels daarvan aan te bevelen ter voorkoming van de veroudering, is kwakzalverij.

Er is eindelijk een laatste punt, dat mij voorkomt van ongemeen groot belang te zijn in de profylaxe van de veroudering van het menselijke lichaam. Ik wil daarom hierop wat uitvoeriger ingaan.
De Duitse bond van turners organiseerde in 1952 in Marburg a. d. Lahn een bijeenkomst van oudere turners. De resultaten van de aldaar gehouden wedstrijden en demonstraties werden – zoals reeds eerder gezegd – in een wetenschappelijk rapport verwerkt door Ernst Jokl.
Deze resultaten geven geheel nieuwe inzichten in het handhaven van de lichaamskrachten en het verschuiven van de veroudering naar een latere datum.
Het bleek dat voor mannen die de 40 jaar en voor vrouwen die de leeftijd van 32 jaar gepasseerd zijn, de lichamelijke prestaties meer beheerst worden door de trainingstoestand dan door de werkelijke leeftijd. Een 50–60 jarige turner in goede trainingstoestand is meer waard dan een ongetrainde van 30–40 jaar. Bovendien bleek de groep oudere mannen in goede trainingstoestand in hoge mate gespaard te blijven voor de zgn. ziekten van de oude dag.
Hieruit blijkt, dat de *gymnastiek* van de oudere leeftijdsgroepen een plaats toekomt in het geheel van sociaal geneeskundige maatregelen die ten bate van een bevolking worden genomen. Door gymnastiek kan een vermindering van het prestatieverlies op latere leeftijd worden verkregen. Hierdoor kan een belangrijke ontlasting van de jongere groepen van arbeidskrachten verkregen worden.
Ook de ziekte- en sterftestatistieken tonen de voordelen van het turnen aan, waaruit valt af te leiden, dat de gymnastiek

een functieaanzettende, een functieverhogende en een ouderdomremmende werking heeft.

De oorzaak hiervan is te vinden:

1. In de trainingsaanpassingen die we uit de sport reeds kennen.
2. Door de klinische remming tegenover het optreden van de zogenaamde ouderdomsveranderingen aan de inwendige organen.
3. Door een gunstige invloed van regelmatige lichaamsoefeningen op de psyche (ontspanning).

Daarbij valt te bedenken, dat men de fysiologie van het trainingsproces nog steeds onvoldoende kent. Bij de echte turner is de training ononderbroken en van zeer lange duur.
Merkwaardig zijn de gevolgen van de training wanneer we deze beschouwen in verband met de onderzoekingen van Kretschmer, neergelegd in zijn beroemde boek: „Körperbau und Charakter". Kretschmer verdeelt de mensen in drie groepen: de asthenici, de athleten en de pycnici. Hij toonde aan dat er een zekere correlatie bestaat tussen lichaamsbouw en aard, niet alleen bij geestelijk gestoorden, maar ook bij de normale mens.
De leptosome astheniker aan de uiterste linkervleugel, de athleet als het machtige middenstuk en de ronde vette pycniker op de rechtervleugel. De invloed van de training is nu zo, dat de beide vleugels van dit anthropometrische verdelingsveld, zich naar het centrum toe bewegen.
Bij goede en lange training zien we de astheniker steviger worden en de pycniker slanker, waardoor beide naar het athletische type toe groeien, zonder natuurlijk de ideale

athletenbouw ooit te bereiken, ook niet na de langste training onder de meest zorgvuldig gekozen omstandigheden van levenswijze en voeding. Toch leert dit verschijnsel ons dat het veelgebruikte begrip „norm" niet statisch is, maar dynamisch; de „norm" zal altijd binnen bepaalde grenzen schommelen.
Deze verschuiving van de karakteristieke lichaamsvorm, bewerkstelligd door de training, geeft waarschijnlijk belangrijke gegevens betreffende de te verwachten ouderdomsveranderingen.
De gegevens in Marburg verzameld, maken het waarschijnlijk, dat behoud van mannelijke jeudigheid, hoge produktiviteit en geestelijke vitaliteit samen gaan met de beheersing van het lichaam en dat deze lichaamstoestand, eenmaal bereikt, het gehele leven behouden kan worden door regelmatige gymnastische oefening. Het turnen is geschikt voor jong en oud.
Die resultaten van Marburg bewijzen nogmaals, dat niet van een specifieke gebondenheid, van de prestatievermindering, aan de leeftijd gesproken kan worden en dat door training, op hoge leeftijd de prestatie zelfs zeer hoog kan zijn en zeker hoger dan die van ongetrainde jongeren.
Nu is het zo, dat sociaal hygiënische factoren als levensduur, voedingstoestand, groei en verbreiding van ziekten beheerst worden door sociale toestanden en deze laatste weer door sociale idealen.
Waar progressieve ideeën hun neerslag vinden in progressieve maatregelen en opvattingen, zijn in de sociale statistiek een lange levensduur, een betere voedingstoestand, een optimale groei en gunstige gezondheidscijfers aantoonbaar. Het turnen neemt bij deze progressieve opvattingen een belangrijke plaats in. De bevindingen in Marburg tonen duidelijk aan dat de oude turners van de Duitse bond een afzonderlijke groep vormen, die voordelig afsteekt tegen de doorsnede van hun leeftijds-

klasse en wel daardoor afsteekt, dat zich hun lichamelijke prestatievermogen op een hoog niveau heeft gehandhaafd.
Men zou geneigd zijn de stelling te poneren, dat iedere man en iedere vrouw die de energie opbrengt de gymnastiek te blijven voortzetten, fit en produktief blijft tot op hoge ouderdom, terwijl inactiviteit tot vroegtijdig ouderdomsverval voert.
Men mag op grond van de bovengenoemde waarnemingen aannemen, dat sporttraining de manifestatie van de zogenaamde ouderdomskwalen vele jaren vertraagt. Men mag echter niet verwachten, dat eenmaal manifest geworden aandoeningen van de vaten (of zelfs tumoren) onder invloed van training zullen verbeteren.
Domagk heeft aangetoond, dat fysiologische produkten van de cel-stofwisseling een tumorgroei-remmende invloed hebben. Hij meent zelfs te moeten aannemen, dat het menselijk lichaam stoffen produceert, die reeds ontstane tumorcellen verhinderen te groeien, ze latent houden of zelfs tot verdwijnen kunnen brengen.
Hij meent verder aan te moeten nemen dat gunstige verbrandingsvoorwaarden de produktie van deze remmende stoffen bevorderen, en hij geeft op grond hiervan de raad alles te bevorderen wat het aan de lichaamscellen mogelijk maakt de verbrandingsprocessen zo gunstig mogelijk te gebruiken.
In verband hiermede vraagt hij aanleg van sportparken, ten einde niet alleen de jongeren maar ook de ouderen in staat te stellen zo veel mogelijk sport in de open lucht te bedrijven, „... besonders bei den krebsgefährdeten älteren Jahrgängen". (Münchener medizinische Wochenschrift 12.9.1952.)
Ook de verbetering van het lichaam na ziekte en de verhoogde weerstand van de sportgetrainde tegen vele schadelijke invloeden kan verklaard worden door een algemene verbetering van stofwisselingsverhoudingen (oxydatie-reductie-processen

in de menselijke weefsels door de sportbeoefening. Er is daarbij geen sprake van toename van specifieke immuunstoffen, want infectieziekten worden niet of nauwelijks beïnvloed, daarentegen wel het herstel na reuma, amputaties en psychische traumata. Dit geeft ook te denken aan iedereen die zich interesseert voor revalidatie in zijn vele aspecten.

Maar uiteindelijk zullen wij ons allen neer moeten leggen bij het feit, dat wij eens oud zullen zijn en ons de beperkingen van de oude dag zullen moeten laten opleggen. Tegen die tijd zou ik U de woorden willen voorhouden van Benedetto Groce, die in zijn 86ste jaar schreef: „Ook de ouderdom heeft zijn schoonheid, een schoonheid die ons de jeugd niet schenkt en die de ouder wordende mens schadeloos stelt voor velerlei, dat hij heeft verloren. Ook voor hem behoeft het leven niet koud en leeg en zonder liefde te zijn, de liefde die de adem van alle leven is. Al gloeit en brandt zij ook niet meer, toch doorstraalt zij het hart nog met een tedere warmte. In een rustige terugblik kan men het leven overdenken; zonder zich sentimenteel daarvan te distanciëren, kan men zijn dwaasheden en zijn dwalingen – glimlachend – bekennen, kan men toegeven, dat de rede steeds in het gelijk was en dat de moraal alleen tot ons bestwil zo streng met ons is omgesprongen. Zo leert men op hoge leeftijd tegenover anderen, evenals tegenover zichzelf, toegevend te zijn, elkaar het medegevoel schenkend, dat een mens zijn naaste verschuldigd is."

Over voeding, roken, andere genotmiddelen, sportbeoefening en vrije-tijdsbesteding bij oudere mensen

De stofwisseling wordt op latere leeftijd gekenmerkt door het optreden van hormonale stoornissen (climacterium), door een anders uitgebalanceerde vitamine-behoefte en door stoornissen in de huishouding van de mineralen. Met toenemende ouderdom is er in het algemeen een afname in grootte van verschillende lichaamsorganen, ook de functie vermindert en het proces eindigt in een algemene seniele atrofie.
De lichaamsregionen waar deze processen duidelijk te volgen zijn betreffen:

a. de huid, deze wordt dunner en droger, meer gerimpeld;
b. de lippen, die duidelijk atrofisch worden, het contrast tussen huid en slijmvlies wordt minder duidelijk;
c. de tong wordt glad, het tandvlees wordt dun en bleek, de tanden krijgen een gelige tint.

Bekend is verder dat de maagplooien glad worden, het maagslijmvlies atrofisch en de maagsapafscheiding geringer.
In de botten heeft een merkwaardige verandering plaats, die osteoporose genoemd wordt en waardoor het bot abnormaal poreus wordt en gemakkelijker breekt. We spreken dan van demineralisatie van het bot en nemen tegenwoordig aan dat de ondergrond eigenlijk een verstoring in de eiwitstofwisseling is.
De gehele persoonlijkheid vertoont een zekere adynamie. Er is een overwegen van de afbraakprocessen in de stofwisseling.
Het gehele leven door liggen de stofwisselingsprocessen in een nauwkeurig uitgebalanceerd evenwicht. Opbouw en afbraak gaan steeds tezamen en parallel. Overweegt de opbouw, dan

wordt het individu dikker, zwaarder; overweegt de afbraak, dan treedt er vermagering op.
Bij de ouder wordende mens gaan langzamerhand de afbraakprocessen overwegen. Vandaar ook dat bijvoorbeeld de reconvalescentie, het herstel na ziekte of ongevallen niet meer zo vlot verloopt als in de jeugd. Men heeft dit wel eens willen toeschrijven aan het verminderen van de afscheiding van de hormonen van de geslachtsklieren, maar dat is toch te eenzijdig gezien.
Weliswaar werken de hormonen van de gonaden opbouwend (anabool) maar zij staan hierin niet alleen, en het ouder worden is meer dan een degeneratie of verminderde werking van de geslachtsklieren.
Doordat er een duidelijke invloed van de vitaminetoevoer op het proces van het ouder worden gebleken is, verdienen de vitamines bij de voeding van de oudere mens bijzondere aandacht. Lang geleden hield men eigenlijk alleen rekening met de vitaminetoevoer bij het vaststellen van diëten voor kinderen. Vitamines werden aan de groeiperiode van de jonge individuen gekoppeld. Het grote publiek voelt trouwens in beschouwingen over vitamines nog altijd iets „kinderachtigs". Toch is dit in de wetenschappelijke wereld, speciaal in die van de voedingsexperts, lang niet meer het geval. Men is integendeel steeds weer getroffen door de essentiële rol die de vitamines bij talloze intermediaire processen van de interne stofwisseling spelen.

Bij de samenstelling van het dieet voor oudere mensen moet men, naarmate de leeftijd toeneemt, dan ook in toenemende mate rekening houden met enkele van belang zijnde factoren.
Op de eerste plaats valt nederig te bedenken, dat ofschoon onze kennis betreffende de rol die de voeding bij de instandhouding van de menselijke gezondheid speelt steeds toenemende is, wij

toch nog steeds niet in staat zijn te zeggen wat een optimale voeding voor de mens moet zijn.
Wanneer wij het thans wagen „normen" op te stellen, zijn wij er alleen zeker van dat *sterke* afwijkingen van deze normen hoogst waarschijnlijk tot schade zullen leiden.
Maar bij het volhouden van een aan deze normen beantwoordende voeding, zien we bij de mensen toch nog tandbederf, vaatwanddegeneratie en kanker voorkomen. Hierbij noemen we dus enige ziekelijke aandoeningen waarvan een zekere samenhang met de voeding wel vaststaat.
Op de tweede plaats moet rekening gehouden worden niet alleen met de samenstelling van het voedsel en met de wijze van toebereiding en opdiening daarvan, maar ook met de toestand van het apparaat dat dat voedsel zal moeten verwerken, alvorens het voor het eigenlijke stofwisselingsproces, en dat is de celstofwisseling, gereed is.
Daar is dan de toestand van het kauwapparaat. De zorgvuldige verkleining van het voedsel en daardoor ook de vermenging van de spijsbal met speeksel, speelt een veel grotere rol bij de eerste fase van de spijsvertering dan tot de meeste mensen is doorgedrongen (ondanks alle propaganda van de tandartsen en voedingsdeskundigen).
De zorg voor het kauwapparaat, reeds vanaf de vroegste jeugd, mag dan ook gerekend worden zijn kosten op te brengen, niet alleen tijdens de menselijke ontwikkeling, maar ook nog op veel latere leeftijd, wanneer de voeding een steeds belangrijkere factor wordt voor de instandhouding van een goede gezondheid.
Daarnaast treden met de toenemende jaren degeneratieve veranderingen op (atrofie) aan de lever en aan de buikspeekselklier, die beide een zeer voorname rol spelen bij de samenstelling van de sappen, die de spijsvertering in het maagdarmkanaal tot stand brengen.

Ook de cellen die voor de afscheiding van speeksel en maagsap zorgen, de cellen dus van de speekselklieren en van de maagwand, vertonen veranderingen die onder andere blijken uit de vermindering van de enzymen in speeksel en maagsap.
Wie belang stelt in wat uitgebreider en nauwkeuriger details betreffende de samenstelling van het voedsel voor ouderen, kan verwezen worden naar de uitgave van het Voorlichtingsbureau van de Voeding, een uitgave welke de titel draagt „Onze voeding als we ouder worden". Voor slechts 10 cent wordt het de aanvrager toegezonden.

Bij het bestuderen van de eerder genoemde voedingsnormen blijkt, dat de dagelijkse behoefte aan calorieën voor de volwassen oudere mens voor 50% gedekt kan worden door koolhydraten (meelspijzen) en wat daarvan gemaakt kan worden, suikers. Met vetten en vetachtige stoffen moet liefst zuinig worden omgesprongen, niet meer dan 80 gram per dag of een ½ gram per kilogram lichaamsgewicht.
De eiwitstoffen moeten voor 80–150 gram per dag in de vorm van dierlijke eiwitten in het dieet vertegenwoordigd zijn en daarnaast moet een ½ liter melk per dag worden gebruikt. De melk is tevens een belangrijke bron van kalkzouten.
Vroeger stond men op het standpunt, dat de oudere mens niet te veel kalk mocht gebruiken (men was bang dat de vaatwandverkalking daardoor zou worden bevorderd en dat de broosheid van de botten daaraan te wijten was).

Thans is men op goede gronden tot ander inzicht gekomen en staat men op het standpunt, dat 850 milligrammen calcium dagelijks wel nodig zijn.
We zagen hierboven reeds dat de calciumstofwisseling bepaalde veranderingen heeft ondergaan bij het stijgen der jaren.

W. A. de Jonge

Vice-President der N.V. Philips' Gloeilampenfabrieken

De heer De Jonge werd op 9 oktober 1905 te Almelo geboren. Hij trad op 23 januari 1928 in dienst van de N.V. Philips' Gloeilampenfabrieken. In 1947 – op eenenveertigjarige leeftijd – werd hij benoemd tot algemeen procuratiehouder, in 1950 tot secretaris der N.V., in 1952 tot directeur financiële zaken en in 1954 tot lid van de raad van bestuur. Op 13 mei 1960 volgde zijn benoeming tot vice-president der N.V. Philips' Gloeilampenfabrieken.

De heer De Jonge heeft de stoot gegeven tot drie aandelen-emissies, nl. in 1955 van 77 miljoen en 36 miljoen preferent, eveneens in 1955 van 178 miljoen en in 1957 200 miljoen converteerbare obligaties, welke alle een groot succes waren. Vooral de laatste emissie, voor Nederlandse begrippen ongekend groot, oogstte door haar bijzondere aspecten in binnen- en buitenland veel lof. Deze emissies maakten de aanzienlijke expansie van de N.V. van na de oorlog mogelijk. Voor een belangrijk deel is door zijn toedoen de in financiële kringen veel gewraakte terugstempeling van de nominale waarde van de Philips' aandelen van *f* 1.000,– op *f* 750,– ongedaan gemaakt.

De heer De Jonge is financieel adviseur van verschillende vennootschappen, heeft verschillende commissariaten en doet in zijn woonplaats (Geldrop) veel voor het onderwijs en het Rode Kruis.

De fosforbehoefte wordt ook door de melk gedekt, groenten leveren ijzer, jodium en sporen koper. Eventuele vitaminepreparaten kunnen worden genomen in de vorm van een of twee tabletten per dag, die samengesteld zijn uit vrijwel alle bekende vitamines en die alle fabrikanten die zich op dit gebied hebben begeven, tegenwoordig vervaardigen en op de markt brengen.
Merkwaardig is het dat de verschillende tekorten in vitaminen en mineralen *latent* aanwezig kunnen zijn, als het ware op de loer kunnen liggen, om zich te manifesteren wanneer zich daartoe de gelegenheid voordoet. Een trauma of een ziekte kunnen dan als „auslösend" moment dienen en vanaf dat ogenblik treden de ouderdomsverschijnselen in korte tijd op.

Bij beschouwingen over het voedingsvraagstuk moet men evenzeer aandacht besteden aan psychologische factoren, die eveneens van invloed kunnen zijn. En wel in twee richtingen, tegenovergesteld.
Vaak ziet de ouder wordende mens zijn enig overgebleven bron van genot in zijn tong en verhemelte. Iets lekkers te eten wordt dan het hoofddoel van zijn leven en hij heeft maling aan alle diëten of beperkingen.
Taartjes en koekjes en andere zoetigheden zijn dan meestal het domein van de vrouw, terwijl overvloedige vette maaltijden met veel vlees en wild het hartebegeren van de man zijn.
Beiden beweren met nadruk matige eters te zijn en desondanks worden ze dik.
Een ander maal kan het juist andersom zijn, eten is dan voor de mens het symbool van het wellustig zich overleveren aan genot en wordt daarom verworpen. Speciaal vleesspijzen en alles wat dierlijk is (wellust) wordt verworpen en de maaltijd wordt bijna ritueel zo sober mogelijk gehouden. Vaak wordt

uit „gezondheidsoverwegingen" overgegaan tot een vegetarisch of semi-vegetarisch dieet.
De mensen vermageren dan en houden vol meer dan genoeg te eten. Wat de gezondheid betreft zijn deze laatsten, wanneer ze niet te ver gaan, er beter aan toe dan de eersten.

Vetzucht wordt bij het stijgen der jaren slecht verdragen en het sterfterisico is bij deze dikken duidelijk verhoogd. Niet dat vetzucht op zichzelf zo gauw oorzaak van overlijden zal zijn, maar deze mensen hebben een duidelijk verminderde weerstand tegen belasting van het hart, bijvoorbeeld ten tijde van infecties (longontsteking) of bij vaataandoeningen.
Degenen onder mijn lezers die de bezettingsjaren '40–'45 hebben medegemaakt, hebben gezien dat een sober dieet, arm aan vlees en vet, in het algemeen geen schade doet aan de gezondheid, ja dat sommige kwalen bepaald sporadisch werden. Geheel afgezien daarvan, dat in de latere bezettingsjaren het gebrek aan vitamines zich begon te demonstreren (meer wondinfecties) en dat vanzelfsprekend de extreme hongerwinter van het westen een ramp betekende voor de volksgezondheid.
Ook spreken we hier niet van de uitgesproken pathologische gevallen, waarin de onderbewuste lust-verwerping aanleiding geeft tot walging en hardnekkig braken bij het enkel aanschouwen van voedsel, wat dan tot extreme vermagering kan leiden die zelfs het leven in gevaar kan brengen.
Veel van wat bekend is omtrent de fijnere reacties van het lichaam op bepaalde afwijkingen in de voeding, weet men uit het dier-experiment. Men moet zich er echter voor hoeden, gegevens verkregen door proeven op dieren, zonder meer op de mens over te brengen.
Zo weet men bijvoorbeeld, dat bij dieren een kortdurend tekort van aminozuren in de jeugd, op veel latere leeftijd aanleiding

kan zijn tot een bloeddrukverhoging; of dit bij de mens eveneens het geval zou kunnen zijn is onbekend.

Een dieet dat de juiste samenstelling heeft wat betreft de verhouding eiwitten, koolhydraten en vetten, dat niet te volumineus is (opgeblazen gevoel na de maaltijd) en dat vooral ook genoten wordt met de nodige tijdsruimte tussen de verschillende maaltijden, zal in het algemeen, ook voor de ouderen een goed dieet zijn. Echter, zoals reeds eerder gezegd, men is nog niet voldoende op de hoogte van wat als het optimale dieet moet gelden, zodat, evenals bij iedere geneeskundige maatregel, de te nemen beslissing individueel moet zijn afgesteld en aangepast.

Door de verminderde lichamelijke bewegelijkheid op latere leeftijd daalt de grondstofwisseling (basaal metabolisme) en dus de calorieënbehoefte. Vetten leveren veel calorieën en geven bovendien grote kans op verergering van de op oudere leeftijd toch al optredende vaatsclerose; bovendien belast vet de lever en het pancreas.
Verder is het verstandig de suiker te beperken. Bij oudere mensen is de suikerspiegel van het bloed eerder uit zijn evenwicht. Hypoglycemie, te laag suikergehalte van het bloed en hyperglycemie, te hoog bloedsuikergehalte, komen gemakkelijker tot stand; het eerste bijvoorbeeld in de ochtend na het opstaan en vóór het ontbijt, en het laatste na genieting van tractaties in de vorm van zoetigheden.
Zetmeel is beter als bestanddeel van de geoorloofde koolhydraten. Zetmeel wordt langzamer geresorbeerd dan suiker en brengt dus minder abrupte schommelingen in het bloedsuikergehalte teweeg.
Het eiwit in het voedsel dient om de stikstofbalans in evenwicht

te houden. Soms is een tijdelijke eiwitverhoging in het dieet gewenst.

Wat de osteoporose betreft, de verhoogde resorptie van de kalk uit het eigen beenderstelsel, een verschijnsel dat bij mannen sterker optreedt dan bij vrouwen, schijnt er geen correlatie met enig vitamine te bestaan zoals men lang gedacht heeft. Wel wordt thans een relatie tussen osteoporose en de eiwitstofwisseling aangenomen.

Wat de psychologische normen betreft: op de eerste plaats moet het voedsel aanvaardbaar zijn. Merkwaardig is daarbij hoe, bij oudere mensen vooral, intensief aan de oude gewoonten wordt vastgehouden. Hoe dikwijls ziet men niet, dat de man vanaf het ogenblik dat hij een eigen huishouden heeft opgezet, steeds terug verlangt naar wat hij bij zijn moeder thuis kreeg voorgezet en dat hij het op dezelfde manier klaargemaakt en opgediend wil zien als hij het als kind ook kreeg.
Dit is dus niet, zoals het vaak wordt voorgesteld een speciale hebbelijkheid van oudere mensen. Dit is een neiging van de mensheid in het algemeen. De zogenaamde „smaak" van de mensen of ze van dit of dat houden, of in deze of gene spijzen een uitgesproken tegenzin hebben, hangt vaak samen met belevenissen uit de prille jeugd en van met affect beladen momenten, die de smaak of reuk van bepaalde spijzen met bepaalde positieve of negatieve affecten verbindt.
Bij gebrek aan eetlust is het soms heel moeilijk de oudere mens niet tot een hongerdieet te laten vervallen. Wanneer vele oudere mensen in een soort gemeenschap leven, bejaardenflats, -centrum, -inrichting of wat dan ook, is het verstandig degenen die door gebrek aan eetlust neiging hebben de gezamenlijke eetzaal te vermijden, er op te wijzen, dat de gezamenlijke

eetruimte ook een sociale functie heeft en dat het daarom gewenst is zich op het uur van de maaltijd toch minstens te laten zien. De mens komt er dan gemakkelijker toe toch maar iets van het voedsel te gebruiken, al was het alleen maar om niet te sterk af te steken tegen de grote meerderheid.

Waar de maaltijd voor het merendeel der oudere mensen een belangrijk tijdverdrijf is: men geniet, men blijft gemakkelijk napraten, men komt tot afspraken en gemeenschappelijke spelen, is het dan ook verstandig in deze kleine samenlevingen van wat oudere mensen, de bewoner een stem te geven in de samenstelling van het menu en de wijze van voedselbereiding, evenals in het bepalen van de tijdstippen waarop het voedsel zal worden opgediend.
Dit leidt weer tot commissievergaderingen en tot het organiseren van andere gemeenschappelijke bezigheden en levert dus weer een kleine bijdrage tot het antwoord op de vraag: „Wat doet de oudere mens met zijn vrije tijd?"
Belangrijke raadgevingen ontstaan daarbij soms uit ogenschijnlijk volkomen onbelangrijke bijzaken. De organisator van gemeenschappelijke maaltijden moet bijvoorbeeld zorgen, dat er een zekere *keuze* gemaakt kan worden uit twee verschillende soorten groenten, om eens een voorbeeld te noemen.

De psychologische betekenis van de keuze is, dat men het lekkerste kiest. Het kan best zijn dat zowel snijboontjes als hereboontjes geen favorieten zijn bij de kiezer, maar wanneer hij kan kiezen, kiest hij toch wat hem op dat moment het meeste ligt, wat hij nu en hier het lekkerste vindt (van de twee).
Dit laatste, dat hij tenminste het lekkerste kan kiezen, geeft op dat ogenblik een grote voldoening en doet hem de overigens

versmade snijboontjes met een zeker gevoel van triomf consumeren.
Verder moet het voedsel niet op de borden waarvan gegeten wordt, opgediend worden. Ten eerste is de vereiste, zowel als de gewenste hoeveelheid voedsel zeer individueel. Wanneer een vreemde opschept zit daar een zekere aandrang achter, die als dwang wordt gevoeld en dwang (datzelfde geldt voor het moeilijk etende kind) verwekt weerstand, weerstand die in pathologische gevallen in een volkomen negatieve instelling kan doorslaan en dan aanleiding geeft tot de voedsel weigerende mens, het voedsel weigerende kind. Puur uit opstand tegen het feit dat hem het voedsel opgedrongen of opgeschept wordt.
De volwaardige volwassen mensen moeten kunnen kiezen en van het gekozene zichzelf kunnen bedienen.

De verzorging van het milieu waarin het eten geserveerd wordt, de meubilering, de verlichting, de voorziening met muziek (radio) moeten aangepast zijn aan de culturele behoeften van de gebruiker.
Dat er een culturele behoefte aan rust en stilte kan bestaan schijnt tegenwoordig volkomen vergeten te zijn.
Het bestek, het servies, het glaswerk en de overige technische tafeluitrusting moeten aangepast zijn aan degenen die de tafel gebruiken. Het bestek niet te zwaar of onhandig, het servies niet te grof en van een gebruikelijk patroon. Alle buitenissigheden liggen alleen jonge mensen, maar niet de mensen die de eerste halve eeuw van hun leven achter de rug hebben.

Alle onderzoekingen op dit gebied wijzen overigens overduidelijk op het feit, dat de voeding van de ouderen zoals die tegenwoordig gevonden wordt, voor verbetering vatbaar is.

Over de rookgewoonten bij ouderen is niet zo heel veel te zeggen, dat door de bestaande publicaties van wetenschappelijke onderzoekingen gesteund zou kunnen worden.
De mens heeft door alle tijden heen alles wat prettig was als „zondig" horen aanmerken. Aangezien de mens geduldig alles napraat wat anderen zeggen, is dan ook alles wat prettig was altijd veroordeeld, vervolgd en gestraft. Zo ook het roken.
Vanaf de eerste import van deze gewoonte vanuit het oude, door de Spanjaarden veroverde land, dat thans als Zuid Amerika bekend is, waren er hartstochtelijke liefhebbers van de tabak en er waren puriteinen die het direct veroordeelden als een ongeoorloofd verdovend middel en een liederlijk zoeken naar genot.
Deze toestand is in wezen niet veranderd, het roken wordt nog steeds, zij het op andere gronden, aangevallen en veroordeeld. Daarnaast door anderen naarstig vrijgepleit van alle beschuldigingen die werden uitgebracht.
Het verband tussen overmatig sigaretten roken en later optredende longkanker (of kanker van de luchtwegen) schijnt wel vast te staan. Er moet dan dus veel gerookt zijn, in de jeugd. Meestal kan men daaraan niets meer veranderen door bijvoorbeeld op veel latere leeftijd het roken op te geven.
De vraag is trouwens of dit geheel opgeven altijd, psychologisch gezien, wel verstandig is. In de jeugd is het dit zeker nog wel. Per slot van rekening is roken alleen maar een slechte gewoonte die men in de jeugd, wanneer men nog niet aan roken gewend (verslaafd) is geraakt, gemakkelijk op kan geven mits men het dan ook maar *helemaal* niet meer doet.
Zo nu en dan eens roken gaat op den duur toch weer over in geregeld roken.
Wij zijn echter van mening dat hier het vraagstuk voor de rijpere leeftijd niet ligt. De man die gewend is matig te roken

(dit geldt natuurlijk tegenwoordig evenzeer voor de vrouw) zal op latere leeftijd, als alle anderen, bedreigd kunnen worden door de moderne nervositeit. Wanneer hij om welke reden dan ook onder nerveuze spanning komt te staan, grijpt hij naar het pakje sigaretten in zijn zak. Hij rookt zonder te weten dat hij rookt, hij drukt zijn sigaret uit en weet 3 minuten later niet meer dat hij zo juist gerookt heeft en grijpt in zijn nerveuze ongedurigheid opnieuw naar het pakje sigaretten. Op het midden van de dag is hij door zijn eerste pakje heen en is daar zelf verwonderd over. Hij bestelt aarzelend een tweede pakje want hij kan toch niet zonder sigaretten zitten. Hij is vast van plan het roken te matigen (een plan dat hij iedere dag opnieuw maakt) en wanneer hij na zijn werk thuis komt is het tweede pakje alweer verminderd tot nog enkele sigaretten.
Het gevaar voor longkanker komt hierbij echter, in tegenstelling tot wat de angstige nerveuze roker van vandaag denkt, eerst op het tweede plan. Voor de man van 45 jaar en ouder is de werking van het roken op hart en vaten veel dreigender.

Waardoor precies dat gevaar gevormd wordt staat niet vast. Lange tijd heeft men als vanzelfsprekend aangenomen, dat de nicotine afkomstig uit de tabak voor alle narigheid aansprakelijk kon worden gesteld. Later is men daaraan gaan twijfelen.
De nicotine is zeker niet de oorzaak van de longkanker; deze moet wel haast zeker in de in sigarettenrook aanwezige teerbestanddelen zitten. Teerprodukten zijn in andere vormen allang als kankerverwekkers bekend.
Verder krijgt de snelle roker, de roker die voortdurend aan zijn sigaret blijft trekken, dus juist de nerveuze roker, vrij veel kooloxyde naar binnen.
Kooloxyde is het gevaarlijke giftige gas dat ook in lichtgas en in uitlaatgassen van motoren voorkomt. De werking van dit gas

op het zenuwstelsel en op de vaatwand is bekend, maar dat is eveneens de werking van nicotine op zenuwen en vaten.
Men kent van beide het verschijnsel van optredende vaatkrampen. Onder de oorzakelijke factoren van vaatverkalking, vaatkrampen, vaatthrombose en hartkramp (angina pectoris) en alle gevolgen van dien, als bijvoorbeeld beroerte, noemt men nog steeds het roken.

Dus juist in dit opzicht is voor de oudere klassen het roken meer gevaarlijk. De oudere behoeft echter niet zo radicaal te zijn als de jongere. Zijn begeerten zijn niet meer zo fel als die van de jongeren en deze begeerten, ook de begeerte om te roken, laten zich gemakkelijker beteugelen.
Wanneer wij een jongere de raad geven: „matig dat roken wat" dan komt daar niet veel van terecht, daar helpt alleen de maatregel „afgelopen, helemaal niet meer roken". De oudere kan zich gemakkelijker matigen en is dan ook met twee of drie sigaren per dag wel helemaal tevreden te houden, waar juist algehele onthouding psychisch misschien slecht verdragen zou worden.
Het grote gevaar voor de ouderen in topposities is: het eeuwige vergaderen, waar dagelijks grote hoeveelheden tabak de lucht in gaan.
Het is tot nu toe nooit bewezen, dat alleen het zitten in deze berookte vergaderingen en het inademen van de met rook verontreinigde lucht enige nadelige invloed zou hebben, die ook maar vergelijkbaar zou kunnen zijn met de beschadiging mogelijk door het roken zelf.
Gun de oudere zijn sigaar of pijp met mate, per slot van rekening is de samenhang tussen hart- en vaataandoeningen en *matig* roken niet erg waarschijnlijk.
Tot besluit: het staat vast dat het roken van sigaretten met

een filtermondstuk minder schadelijk is dan het roken van de gewone sigaret zonder mondstuk.
Bij het inhaleren van tabaksrook wordt de werking daarvan intensiever en dus ook de schadelijke werking, die nu vrijwel algemeen aangenomen wordt.

Het alcoholgebruik is onder bepaalde klassen van oudere mensen vrij hoog. Wanneer men denkt aan de zakenman die enige malen per week of per maand met zakenrelaties moet gaan lunchen. Wanneer men denkt aan de man die zich beweegt in wetenschappelijke kringen en die herhaaldelijk vergaderingen, bijeenkomsten, wetenschappelijke dagen, congressen en hoe deze bijeenkomsten verder allemaal mogen heten, bezoekt, alles gepaard met maaltijden voorafgegaan door een borrel en begeleid door bier of wijn. Wanneer men denkt aan de functionarissen die voor hun firma, of hun kring, of hun wetenschap als representanten moeten optreden. Wanneer men zelfs alleen maar denkt aan de talloze recepties, ontvangsten en begrafenissen die een hoge functionaris in een groot bedrijf verplicht is te bezoeken en bij te wonen, dan begrijpt men direct dat bij al deze gelegenheden alcohol in de een of andere vorm aangeboden wordt en dat de bezoeker dat meestal niet afwijzen kan, ook al zou hij dat willen.
Hier is het interessant te bedenken dat in primitieve culturen waar het gebruik van verdovende middelen tot de godsdienstige riten behoorde, dit gebruik van „alcoholica" steeds collectief plaats vond. In die primitieve gemeenschappen was of is het individuele gebruik van sterke drank onbekend.
In onze huidige gemeenschap voelen vele mensen zich na een kleine hoeveelheid alcohol opkikkeren en wanneer ze na hun werk vermoeid thuiskomen, dan is de uitroep die velen zich hebben aangewend: „Nu heb ik echt eerst een borrel nodig".

De alcohol neemt dan het vermoeidheids*gevoel* weg en de vermoeide mens *voelt* zich na een borrel minder uitgeput; uitgerust is hij eerst na een verkwikkende slaap.

Vele ouderen kunnen in bed moeilijk inslapen, ze komen niet zo gemakkelijk tot rust (wij zagen dit ook reeds bij de „manager"), liggen te piekeren of eenvoudig over de gebeurtenissen van de afgelopen dag na te denken en ze hebben daarbij het gevoel als maar méér wakker te worden.
Sommigen komen daardoor tot het geregeld gebruik van slaapmiddelen (waarover later), anderen nemen de gewoonte aan een „slaapmutsje" te nemen en dit verleidt gemakkelijk tot een te rijkelijk gebruik van alcohol met alle nadelige gevolgen van dien. Wat zijn dan deze nadelige gevolgen?

Op de eerste plaats de reeds genoemde vetsparende werking van alcohol. Alcohol verbrandt gemakkelijk, daardoor komt snel een aantal calorieën ter beschikking die dan niet meer uit de veel gecompliceerdere verbranding van vetten gehaald behoeft te worden en het vet dat anders verbrand zou zijn, wordt nu opgeslagen in de vetdepots. De mens wordt dikker. De nadelen hiervan vooral op latere leeftijd, voor hart en bloeddruk, zijn bekend.
Hartpatiënten en patiënten met een verhoogde bloeddruk krijgen meestal de raad te beginnen met eens een paar kilo af te vallen. Deze raad is gebaseerd op de aloude ervaring dat vetzucht door het hart slecht verdragen wordt en dat vermagering in die gevallen tot wonderbaarlijk gunstige resultaten kan leiden.
Een van de wanbegrippen die nog moeten worden opgeruimd, is het nog steeds bestaande geloof van een deel van het lekenpubliek aan de versterkende werking van alcohol vooral in de

vorm van port, wijn, cognac en champagne, speciaal bij lijders aan de meest verschillende ziekten op meer gevorderde leeftijd. Door velen wordt wijn nog steeds gezien als een bloedvormer en in die vorm ook bij jónge zieken toegepast, soms achter de rug van de dokter om. Hierbij zien we dan de symbolische betekenis van wijn = bloed weer naar voren komen.
Psychologisch gezien is het ook niet zo gek, dat het opruimen van deze oeroude symbolische betekenissen zo moeilijk is.
Ook uit uitdrukkingen als „jenever is vloeibaar brood" blijkt de grote waarde die men aan de uit koren gestookte drank hecht.
Bij flauw gevallen en bewusteloze mensen wil de niet ter zake kundige dan ook met cognac of brandewijn redding brengen.
Hoe dit alles ook zij, er is geen enkele, medisch goed gegronde reden om bij oudere mensen in alcoholgebruik ook maar enig voordeel te zien.
Wanneer men er in slaagt zijn drinken tot sociaal drinken te beperken, dan heeft dit alleen maar voordelen. Men voelt zich dan thuis in zijn kring, men voelt zich evenwaardig, men doet mee.
Lichamelijk heeft de alcohol alleen maar nadelen of op zijn gunstigst een neutrale betekenis. Als geneesmiddel is het, ook bij ouderen, waardeloos.

Het gebruik van middelen die verslaving kunnen verwekken, andere dan alcohol, beperkt zich bij oudere mensen wel voornamelijk tot slaapmiddelen en dan nog dikwijls in de vorm van de moderne tranquillizers. Inderdaad zijn er middelen die onder de min of meer geruststellende naam tranquillizer worden aangeboden en die geen gewenning schijnen te veroorzaken. Maar toch duiken er in de geneeskundige tijdschriften telkens weer mededelingen op, waaruit blijkt dat een

tot dan toe voor onschuldig gehouden middel met enige voorzichtigheid gehanteerd moet worden.
Het begrip verslaving is niet zo eenvoudig te definiëren. De beste omschrijving, zij het enigszins omslachtig, is die van E. W. Adams.

Zij luidt:

„Verslaafdheid is een toestand van gebondenheid aan een krachtig middel, vaak, maar niet noodzakelijkerwijs, van verdovende aard, en blijkt uit een hunkeren ernaar, een verdragen ervan en een diepe onbehagelijkheid van een bepaald soort bij onthouding, en een neiging tot weder terugvallen. De oorsprong ligt in een gebrek in de persoonlijkheid, dat wel verschillen kan in aard, maar toch meestal bestaat in een onvermogen om de werkelijkheid aan te kunnen."

Hieruit besluit men dus, dat de oorzaak van de verslaving in de mens zelf zit en bestaat in een neiging te vluchten uit de realiteit, die ligt of in de miserabele omgeving of in de voortdurende aanklacht van het eigen geweten.
De zucht is een protest tegen de norm, tegen het middelmatige (v. Siebenthal). De consequentie hiervan zou moeten zijn dat lang niet iedereen het verschijnsel van verslaving kan gaan vertonen en dat we dus bij vele mensen hiervoor niet eens hoeven te vrezen.
Of zou de realiteit voor de meesten onder ons zo miserabel zijn, dat we ons en masse uit de realiteit terug zouden trekken als we de kans daartoe maar zouden krijgen?
In ieder geval is de conclusie: „wees met het gebruik van slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen e.d. zo zuinig mogelijk en vermijd ze zo mogelijk helemaal. Bedenk bij de oudere categorieën van mensen dat de mogelijkheid bestaat, dat verdovings-

middelen ongunstig werken op het ademhalingscentrum en op het hartcentrum in de zin van een verlamming, zodat het gebruik van andere dan alleen *in*slaapmiddelen gevaarlijk kan zijn.
Per slot van rekening zijn vele mensen ervan te overtuigen, dat enige uren wakker liggen geen ramp betekent en dat het lichaam ook bij wakker liggen nog rust krijgt, maar dat men niet in de prille ochtend voor het raam moet gaan zitten roken omdat men „toch niet meer kan inslapen".

Over de sportbeoefening behoeft hier na hoofdstuk elf niets meer gezegd te worden. De meest eenvoudige raad op dit terrein is: „begin vroeg met sport, liefst met gymnastiek in clubverband en blijf daarmede doorgaan tot op hoge leeftijd". U zult er alleen maar plezier van beleven.
Wanneer eerst op latere leeftijd met sport begonnen moet worden, staan de zaken er even anders voor. Nu moet men niet trachten op 45-jarige leeftijd plotseling te concurreren met de mensen die van jongs af aan gymnastiek en sport beoefend hebben. Een zeer licht gymnastiekprogramma onder een getrainde leider is nu aangewezen. Gymnastiek waarbij niet aan toestellen gewerkt wordt is de meest nuttige gymnastiek, spelen en sport komen later.
Golf wordt tegenwoordig je-van-hèt gevonden. Ik geloof dat een uur wandelen in normaal tempo beter is dan een uur slenteren op een golfveld met achteraf een douche en een paar glazen koud bier.

De vrije-tijdsbesteding is het moeilijkste punt van dit hoofdstuk. De vraag die tegenwoordig vaak gesteld wordt luidt: „Moet de vrije-tijdsbesteding georganiseerd worden?"
Het gaat hier om de vrije-tijdsbesteding van mensen en daarom

kan deze vraag niet met een eenvoudig ja of neen beantwoord worden. Wij menen dat een eenvoudig antwoord op bovenstaande vraag zou kunnen luiden: „Alleen voor diegenen die het zelf niet kunnen".
De vrouw van over de 50 jaren die in de naaste toekomst verwacht grootmoeder te worden, zal voorbereidingen gaan maken voor haar kleinkind. De baby-uitzet biedt een hele serie van mogelijkheden van eenvoudig breien af tot het fijnste borduurwerk toe. Sommigen zullen later een deel van de zorg voor het kleinkind (de -kinderen) op zich nemen, door bijvoorbeeld zich beschikbaar te stellen voor het wandeluurtje; sommige vrouwen kunnen op latere leeftijd geheel in hun kleinkinderen opgaan. Ik laat hier volkomen in het midden of dat voor de opvoeding van die kleinkinderen wel zo best is.
Een feit is, dat een deel van de oudere vrouwen een groot deel van hun „vrije tijd" op een dusdanige wijze doorbrengt. Ze menen zich op die manier nuttig te maken en dat is een zeer belangrijke factor. Niets is funester dan zich nutteloos te voelen en dat wordt op deze wijze vermeden.
Andere vrouwen voelen zich prettiger en nuttiger bij sociaal werk. Alle weldadigheidsverenigingen wemelen van dergelijke figuren, en vele mensen varen daar wél bij.

Tuinieren in de vrije tijd wordt zowel door mannen als door vrouwen veel gedaan en geeft aan de meesten een merkwaardig efficiënte relaxatie. Trouwens vrije-tijdsbesteding dicht bij de natuur is de beste vrije-tijdsbesteding.
Denk in dit verband behalve aan wandelingen in de vrije natuur en aan tuinieren ook aan zwemmen, vissen, jagen, bestuderen van levenswijze en gewoonten van dieren, sterrekijken, zeilen, vlinders en kevers verzamelen en aan alles wat de mens verder in contact kan brengen met de natuur.

De vrije tijd van de gepensioneerde krijgt een geheel andere betekenis, het wordt vrij plotseling zijn normale tijd. Een gepensioneerde is iemand die op een vastgestelde leeftijd zijn werkgelegenheid in de actieve sector van het leven wordt ontnomen. Meestal staat hij onvoorbereid voor een vacuum.
Wij zagen reeds dat voorbereiding op deze tijd daarvoor in de plaats moet treden. Wanneer dit op de juiste wijze gebeurt, zal het meestal ineffectieve organiseren van de vrije tijd van de gepensioneerde kunnen vervallen.

Vooral wanneer bij de oudere de mobiliteit gaat lijden, zal hij terug moeten vallen op hobbies die binnenshuis beoefend kunnen worden, maar dat kan hij niet plotseling wanneer het eenmaal zover is.
De liefhebberij of hobby moet ontwikkeld zijn in volle vrijheid terwijl de man nog actief werkzaam is. Een hobby is een wondermooi iets voor de mens. Op de vraag hoe men er toe gekomen is dit of dat tot zijn hobby te maken, kan meestal maar vaag antwoord worden gegeven. Een feit is echter dat wanneer men er toe komt zo'n liefhebberij te gaan aankweken, men iets zeer waardevols veroverd heeft. Een man met een hobby is nooit verloren en nooit eenzaam. Maar alleen in volle vrijheid, alleen wanneer hij de liefhebberij nog niet „nodig" heeft, kan hij er zoveel in gaan zien en er zoveel smaak in krijgen, dat hij er later mede kan voortgaan wanneer de hobby van eens „een groot deel van zijn bestaan" geworden is.
De min of meer gedwongen huisnijverheid bij georganiseerde vrije-tijdsbesteding van de bejaarde, is een terugval naar een kostschoolperiode waar gedwongen en georganiseerd „gespeeld" moest worden en waardoor het spel alle essentiële trekken van het spelen verloren had.
Alleen voor oudere mensen die dreigen af te zakken in een

H. Diemer

Oud-Hoofdredacteur en Directeur
van de groep Rotterdammer Dagbladen

De heer Diemer werd geboren op 13 februari 1879 in de gemeente Wymbritseradeel te Scharnegoutum in Friesland.
Reeds op jonge leeftijd bekleedde hij tal van belangrijke functies op sociaal en politiek gebied, o.a. als lid van de gemeenteraad van Rotterdam. Zo was hij bij de oprichting van het Christelijk Nationaal Vakverbond (C.N.V.) in 1909 de eerste voorzitter. Rond zijn veertigste jaar

vond zijn grootste ontplooiing plaats, die op sociaal terrein culmineerde in het voorzitterschap van de Christelijke Werkgeversorganisatie. Het komt maar zelden voor, dat iemand van een top-functie in een werknemersorganisatie overgaat naar een top-functie in een werkgeversorganisatie, doch dit is typerend voor de persoonlijkheid van de heer Diemer!
In de grafische industrie heeft hij zich op organisatorisch vlak grote verdienste verworven, die vooral tot uitdrukking kwam op het gebied van de lekenrechtspraak. De heer Diemer was jarenlang voorzitter van de Bond van Christelijke Drukkerspatroons en vice-voorzitter van de Federatie der Werkgeversorganisatiën in het Drukkersbedrijf. Ook bekleedde hij het voorzitterschap van het eerste bedrijfspensioenfonds in Nederland, namelijk dat der typografie.
Tal van publikaties zijn van zijn hand verschenen.

Ondanks zijn hoge leeftijd heeft de heer Diemer nog talrijke activiteiten en wie met hem in aanraking komt zal ervaren, dat hij een begrijpend en beschouwend mens ontmoet.

passieve onbewegelijkheid, moet iets georganiseerd worden.
Niet omdat dat organiseren in zich zo goed is, maar omdat het minder slecht is dan de lethargie van de betrokken mens.

Maar ook dan nog: organiseer niet buiten hem of haar om, laat die organisatie niet eenvoudig een aankondiging zijn van dit of dat gaat er vandaag gebeuren. Laat de gepensioneerde mee organiseren, dat is namelijk hetgeen hem door zijn pensionering ontnomen is. Hij organiseerde voordien zijn werk en zal nu gaarne wat anders te organiseren krijgen. Zijn lethargie werd misschien wel veroorzaakt, omdat hij meende dat er niets meer te organiseren was.
Hij zal opveren en mee gaan doen wanneer men hem maar het gevoel kan geven, dat hij nog nuttig is en ik geloof dat het eigenlijk alleen maar dàt is wat georganiseerd moet worden.

Behandeling van oudere zieken

Aangezien er eigenlijk geen direct voor de hand liggende grens is tussen jonge mensen en oudere mensen, zo is het ook moeilijk te bepalen of een zieke die de arts voor zich heeft, wat zijn biologische reactie betreft, tot de oudere zieken gerekend moet worden, vooropgesteld dat de zieke de leeftijd van 45 jaar overschreden heeft.
Een vrouw zal dan dikwijls het climacterium reeds hebben bereikt of op het punt staan die levensperiode te bereiken, en over het climacterium virile dat overeenkomstige reacties bij de man veronderstelt, werd vooral een tiental jaren geleden veel geschreven.
Fundamenteel speurwerk over de eigenschappen en de reacties van de oudere zieke (van de oudere mens) is eigenlijk nog maar zeer weinig verricht. Nederland slaat op dit gebied geen slecht figuur, dank zij de onderzoekingen die door T.N.O. worden verricht over de gezondheidstoestand van de bejaarden.
Er bestaat verder grote behoefte aan normen die internationaal aanvaard zouden kunnen worden teneinde de werkzaamheden, vooral in de westerse landen, te kunnen combineren en de uitkomsten te vergelijken. De voor deze vergelijking noodzakelijke coördinatie kan op den duur wel door de wereldgezondheidsorganisatie worden bereikt. Maar U voelt wel: dit alles betekent een lange weg en op deze lange weg zijn alleen nog maar de eerste stappen gezet. Vooral over de frequentie van bij oudere mensen voorkomende maar niet tot de dood leidende of tot blijvende invaliditeit voerende ziekten, beschikt men

eigenlijk over weinig voldoende betrouwbare, dus niet met voldoende zekerheid vastgestelde gegevens.

De moeilijkheid is, dat naast oudere mensen die ziek zijn ook de oudere gezonde, werkende mens als studieobject zal moeten dienen.
Er zijn enkele onderwerpen te noemen die in dit verband dieper bestudeerd zullen moeten worden. Dat men nog niet beschikt over voldoende gegevens om de optimale voeding bij oudere mensen te bepalen, werd in het vorige hoofdstuk reeds vermeld.
Over het voorkomen van alcoholisme onder deze bepaalde groep van mensen ontbreken voldoende gegevens. Hetzelfde is het geval wat betreft het voorkomen van zelfmoord en de redenen daarvoor en het voorkomen van ongevallen. Bij deze laatste categorie is de belangstelling veel meer gericht op het voorkomen van ongevallen bij kinderen.

Over de lichamelijke en psychische gevolgen van pensionering wordt de laatste tijd wat meer geschreven, maar de publikaties berusten niet op betrouwbare statistieken. Over de getallen betreffende arbeidende ouderen en de validiteit daarvan, hebben we vooral van Engelse zijde gehoord, dat de werkgevers die ouderen – reeds aan hun pensioengerechtigde leeftijd gekomen arbeiders – in dienst hebben, juist over de prestatie van deze oudere categorie lang niet ontevreden zijn; getallen zijn echter weinig gegeven. Verder zou men gaarne meer willen weten over de verhuizing na een bepaalde leeftijd, de vestiging in andere streken eventueel zelfs andere landen, na de pensionering en last not least over de wijze waarop de ouderen en dan speciaal de ouderen boven de 60 jaren, van de beschikbare medische voorzieningen en van medicamenten gebruik maken.

Wanneer men leest dat sommige auteurs menen, dat er te weinig gelden beschikbaar gesteld worden voor de bestudering van deze onderwerpen, dan wordt daarmede automatisch de vraag opgeworpen of de bestudering van deze onderwerpen een taak is waaraan de overheid moet medewerken. Hierop is te antwoorden, dat de bestudering van deze zaken en meer nog de daadwerkelijke zorg voor de oudere mens mede tot de taak van de overheid gaat behoren, zodra deze oudere mens invalide gaat worden, hulp nodig heeft, het leven niet meer aan kan zonder hulp. Voordien dient de persoonlijkheid van de oudere mens zodanig te worden gerespecteerd, dat bemoeiïng alleen gerechtvaardigd is, wanneer daarom door de oudere zelf gevraagd wordt, en dan nog slechts als uitgemaakt is, dat de gevraagde bemoeienis werkelijk nodig is.
Gemakkelijk is dit alles niet. Per slot van rekening is het verouderingsproces een biologisch proces dat zich over een lange tijd uitstrekt, namelijk tussen 45 en 90 jaar, waarbij vele en meestal nogal ingewikkelde mechanismen van zeer ver uiteenlopende aard een rol spelen.
Men heeft het bestaansrecht van een geriater (een dokter speciaal voor bejaarden) wel eens verdedigd door te wijzen op het bestaan van de pediater (kinderarts). De strijd hierover is nog nauwelijks begonnen, laat staan beslist. Sommigen verdedigen de geriatrie als specialisme. Anderen zeggen, en ook wij zijn van die mening, dat hier juist zeer duidelijk een terrein voor de huisarts ligt.

De sterke specialisering in de geneeskunde dreigt de huisarts tot een schrijver van verwijsbriefjes te maken. De ouderen die liever niet naar het spreekuur gaan van de specialist om daar uren te zitten wachten, terwijl alle andere wachtenden tot in den treure uitweiden over hun diverse kwalen; de ouderen, die

graag thuis bezocht worden omdat zij eens rustig met de dokter willen praten, juist die ouderen waarvan de voorgeschiedenis aan de huisarts bekend is, vormen onzes inziens bij uitstek een terrein waar de huisarts thuis is, waar hij zich aan geven kan en uiterst nuttig werk kan doen. Een specialisatie op dit terrein in de echte zin van het woord „specialisme" is hier niet nodig. De huisarts behoeft geen nieuwe technieken toe te passen of het zou de techniek van het geduldig luisteren en van het overtuigend uitleggen zijn, en dat is nu juist de techniek waarvan de huisarts zich dagelijks bedient. Bovendien wordt juist bij de ouderen van de behandelend geneesheer een uiterst geduld gevraagd, omdat in tegenstelling tot de kindergeneeskunde waar het te behandelen individu snel reageert, bij de ouderen enige reactie dikwijls zeer lang uitblijft of zich zo langzaam voltrekt, dat eerst een scherpe langdurige observatie de verandering duidelijk doet worden. Waar bij het kind de belangstelling door het snelle reageren geboeid wordt, dreigt bij de ouderen de belangstelling te verflauwen omdat er niets gebeurt. Dat echter aan de problemen der ouderen, juist in de bijeenkomsten der huisartsen nog meer aandacht besteed dient te worden, is wel duidelijk. De laatste jaren is de aandacht voor deze problemen der geriatrie juist bij de huisarts duidelijk aanwezig. Ook bij de opleiding van de artsen zal aan de problemen der ouder wordende mens meer aandacht moeten worden geschonken bij het onderwijs in de fysiologie, in de pathologie en aan het ziekbed, zodat altijd het geriatrische facet van de verschillende ter sprake komende aandoeningen naar voren wordt gebracht. We zien dan ook tot nu toe op het vasteland van Europa nog nergens de geriatrie als specialisme. Wanneer iedere praktiserende arts op den duur met de bijzondere eisen die oudere mensen stellen voldoende vertrouwd raakt, is een nieuwe specialist op dit terrein beslist niet nodig.

Aan de behandeling gaat de preventie vooraf in die zin, dat zij prevaleert en bij goede uitoefening de behandeling vaak overbodig maakt. Een goede preventie moet in de jeugd beginnen; wij zagen dat duidelijk bij de bespreking van de invloed van de sportbeoefening op het oud worden. Georganiseerde maatregelen met een preventief karakter ten behoeve van ouder wordende en bejaarde mensen, worden nog wel nergens aangetroffen.
Ongevallen-preventie bijvoorbeeld zou juist voor de ouderen wel speciaal nodig zijn; de ouder wordende mens is door zijn verminderde reactiesnelheid zoveel eerder slachtoffer dan jongeren. Zowel de bestuurder van diverse voertuigen (zowel fiets als brommer, personen- of vrachtauto) als de oudere weggebruiker, zouden door meer voorlichting en meer propaganda nog meer opmerkzaam gemaakt kunnen worden op de hieruit voortvloeiende gevaren.

De opvoeding in een juiste hygiëne en een juiste gezondheidsvoering zou geïntensiveerd kunnen worden met speciale voordrachten voor de ouderen.
Het periodieke geneeskundige onderzoek, reeds besproken in hoofdstuk negen, zou bij de ouderen (vanaf 45 jaar) bijzonder sterk gepropageerd moeten worden. Er wordt op dit gebied heus wel wat gedaan, maar we beschikken niet over cijfers betreffende de resultaten, al zouden het maar geschatte cijfers zijn.
Er schijnen reeds enkele ziekenhuispoliklinieken en zelfs wel enkele artsen te zijn, die speciale spreekuren voor gezonde bejaarden hebben ingesteld. Ons lijkt dit een buitengewoon goed idee en een ideale gelegenheid om opvoeding naar een gezonde levensvoering en propaganda voor de juiste levenswijze te maken.

Wat nu de daadwerkelijke behandeling van oudere mensen die ziek zijn betreft, moet men goed bedenken dat tot voor kort de mening heerste dat naarmate de zieke ouder was, de geneeskundige hulp minder uit kon richten.
Daarbij komt dat vele oudere mensen, en dat begint dan al vrij vroeg, een psychische weerstand hebben om een arts te consulteren. De arts erbij halen betekent immers dan, dat men het onwel zijn zelf ernstig neemt en wanneer men de eerste helft van zijn leven achter de rug heeft, komt het onvermijdelijke einde steeds dichterbij. Dit toegeven is te griezelig om mogelijk te zijn en de man of vrouw van 50 jaren of ouder die ziek is, zegt: „Dat is met een aspirientje en een paar dagen rust ook zonder de dokter wel gauw over, er is niets aan de hand". De familie en de omgeving geloven dit maar al te graag en wanneer de dokter eindelijk gewaarschuwd wordt, is het eerste wat deze zegt: „Maar hier had ik al een paar dagen eerder moeten zijn". Wordt de patiënt nog eens een twintigtal jaren ouder, dan zegt men al gauw: „Ach wat wil je, de ouderdom komt met gebreken, hier kan de dokter niets meer aan doen, dit is een versleten boel", en de dokter krijgt dan eerst een boodschap wanneer er werkelijk niet veel meer te doen valt.

Alle bijzondere aspecten van de latere leeftijd hebben op de eerste plaats te maken met de huisarts, die de patiënt, zijn reacties en zijn psyche kent; die de reacties van de omgeving verwacht en weet op te vangen, soms te voorkomen en die dus de man is die zowel de zieke als de situatie het best kan overzien en beheersen.
Wanneer de huisarts dan specialistisch advies nodig heeft zal dat meestal van de internist, van de zenuwarts of van de chirurg zijn. De huisarts plus een van de genoemde specialisten

zullen altijd wel in staat zijn een oplossing te vinden, een nieuwe verschijning als een geriater is daarvoor niet nodig.
De bij oudere mensen met het klimmen der jaren veelvuldiger voorkomende ziekten werden reeds genoemd in hoofdstuk twee: de hartaandoeningen berustende op degeneratie van de hartspier, de vaataandoeningen berustende op vettige degeneratie (en daarna verkalking) van de vaatwand. Bekend is verder dat kwaadaardige gezwellen bij ouderen meer voorkomen dan bij jongeren. De ouderen moeten leren niet te blijven doorlopen met niet-genezende zweertjes (gezicht, oorrand) en met langzamerhand groter wordende knobbeltjes, omdat ze bang zijn voor een operatie; ze moeten moedig naar de dokter stappen met de vraag: „Moet daaraan iets worden gedaan?" Bij mannen boven 50 jaar moeten klachten van de urinelozing (bemoeilijking) aanleiding geven de huisarts te raadplegen; oogaandoeningen horen vroegtijdig bij de oogarts, er moet niet aan geknoeid worden met boorwater en een oogzalfje dat van vroeger nog in de kast staat. Reumatische aandoeningen en dat wil in de praktijk zeggen: pijnlijke aandoeningen van de gewrichten met stijfheid gepaard gaande, moeten niet aan de dokter onttrokken worden met de opmerking: „Dat is reumatiek, daar is toch niets aan te doen!" En zo zou ik het hele lijstje nog eens na kunnen lopen.

Teveel wordt door de huisgenoten de oudere mens te snel in bed gepraat en gehouden. Die bedrust geeft namelijk narigheden, waarop de omgeving helemaal niet verdacht is; de ontlasting wordt bemoeilijkt, er treedt verstopping op en tengevolge van de prikkeling en persbewegingen die daardoor ontstaan, bevuilt de lijder gemakkelijk het bed.
Verstijving van de gewrichten en de wervelkolom, klachten waarvoor het bed juist werd opgezocht, nemen niet af maar

toe, wat nauwelijks gemerkt wordt, want zolang de zieke bedrust heeft zijn de pijnklachten minder. Dit verschijnsel van de toenemende verstijving in bed, heeft bij het lekenpubliek de mening doen vestigen, dat een reumapatiënt „in beweging gehouden moet worden". Dit wordt dan toegepast op het jeugdige primair chronische reuma en is dan grotendeels fout.
Kansen op thrombosevorming, op steenvorming in blaas en nieren en doorliggen van de huid, zijn bij oudere mensen groter wanneer ze langer in bed blijven. Bovendien worden door de langdurige rust de spieren slap, de ademhaling oppervlakkig en de kans op longontsteking groot.
De idee dat bij opname in een ziekenhuis de plotselinge verandering van omgeving aanleiding kan geven tot verontrusting en verwarring, is juist. Dit kan echter worden voorkomen door het juiste moment voor een opname te kiezen en door een juiste houding van de de opneming leidende huisarts. Ziekenhuisopname schenkt gunstige voorwaarden voor revalidatie, waarover later.

Er zijn de laatste tijd een aantal medicaties toegepast en aanbevolen, waarvan soms wonderen worden gemeld. De pers maakt zich tegenwoordig snel van deze nieuwtjes meester en verspreidt dan rijp en groen onder zijn meestal niet tot oordelen in staat zijnde lezers.
Iedereen heeft gelezen van de Aslan-therapie, injecties met een 2 procents procaïne oplossing. Anderen meenden Aslan te verbeteren door aan novocaïne een aantal vitamines toe te voegen: H^3 bestaande uit novocaïne en de vitamines van de B-groepen plus vitamine C.
Bloeddrukverlagende preparaten waarvan er de laatste jaren ettelijke, soms zeer werkzame, in de handel waren, worden thans gecombineerd met de vitamines uit de B-groep, in de handel

gebracht onder nieuwe namen en aanbevolen ter behandeling van ouderdomsverschijnselen.
Andere preparaten gaan verder en bevatten behalve alle vitamines en alle mineralen die het lichaam tijdens zijn groei nodig heeft, tevens een aantal hormonen, waarschijnlijk onder het motto: „baat het niet, het schaadt waarschijnlijk ook niet".
Men zou zo nog wel even door kunnen gaan, het is een dankbaar terrein, zowel voor kwakzalvers als voor serieuze therapeuten. Wij kunnen U op dit terrein slechts één raad geven in het belang van Uw gezondheid en Uw budget. Doe niets en koop niets en neem niets in, zonder Uw huisarts geraadpleegd te hebben en laat daarbij op de eerste plaats zijn mening gelden en niet Uw hoop en Uw niet door enige zakenkennis gesteunde verwachtingen. Schakel daarbij de raadgevingen van vrienden en kennissen en van mensen die „het zelf ondervonden hebben", hoe goed bedoeld deze ook zijn, absoluut uit.

Specifieke geriatrische ziekten zijn er niet en dus is er ook geen specifieke therapie voor de bejaarden (Dr. F. A. Nelemans).
Natuurlijk is de behandeling van zieken in het algemeen, in en na de tweede wereldoorlog, enorm vooruitgegaan en de ouderen profiteren daarvan om bepaalde redenen het meest.
De vroegere slaapmiddelen waren voor de oudere mens gevaarlijker dan voor de jongere mensen; thans beschikken wij over middelen die de oudere mens zonder gevaar kan nemen.
Men heeft geleerd met een goed dieet en aangepaste lichaamsoefeningen verstopping te bestrijden, het laxans kan dan veelal worden weggelaten.
De sulfanilamiden (sulfapreparaten zegt men meestal) en de antibiotica helpen ons met succes de longontsteking te bestrijden, die vroeger dikwijls voor de oudere mens funest was.

Anderzijds is het verkeerd om na het gebruik van een geneesmiddel een eventueel optredende verbetering zonder meer aan dat geneesmiddel toe te schrijven.
Wat zou er gebeurd zijn als we een ander geneesmiddel of helemaal geen geneesmiddel of een – de patiënt overtuigend – placebo (schijngeneesmiddel) zouden hebben gegeven. Vele patiënten genezen of verbeteren omdat er eindelijk de aandacht aan hen besteed wordt, die zij menen te verdienen.

De oudere verschilt van de jonge patiënt, doordat het bij hem (de oudere) voorkomt dat er meer dan één ziekte tegelijk aanwezig is. Deze mogelijkheid is door de arts meestal als „zijnde zeer onwaarschijnlijk" verworpen. Het streven was altijd *alle* gevonden verschijnselen onder één diagnose te brengen. Dat dit bij de oudere anders is, daar moet de arts nog aan wennen. Het is soms zelfs reeds moeilijk te constateren of een oudere mens echt ziek is of simuleert. Klachten zijn er al door de vereenzaming, door het zich uitgesloten voelen, door de aanwezige depressie. Door de arts te constateren afwijkingen zijn dikwijls resten van gedurende het leven doorgemaakte ziekten, het is dan ook moeilijk uit te maken wat oud en wat nieuw is. Herstelprocessen verlopen bij oudere mensen langzamer dan bij jongeren. Het kan daarom uiterst moeilijk zijn bij oudere mensen de grens tussen gezond en ziek nauwkeurig te trekken. Er zijn dus bepaalde punten waarop de aandacht geconcentreerd moet worden, omdat deze als het ware de zwakke punten in de hygiëne der ouderen zijn.

Op de eerste plaats de gewrichten: wat de arts noemt „degeneratieve veranderingen aan de gewrichten" komen na een bepaalde leeftijd veel voor. Veel meer dan men denkt komt het voor, dat een arts, die veel röntgenfoto's ziet van normale

gewrichten (ter vergelijking met een door een trauma getroffen gewricht van de andere zijde) telkens weer getroffen wordt door de vele afwijkingen, die op de foto gezien worden en die geen enkele klacht geven of gegeven hebben. Bij ouderen is het heupgewricht berucht om het „malum coxae senile" van de klassieke medische auteurs. Een goede lift is voor ouderen die op bovenverdiepingen wonen eigenlijk onmisbaar. Trappen zijn meestal niet gebouwd voor mensen met deze gewrichtsaandoeningen. Toeneming van het lichaamsgewicht betekent voor deze gewrichten een merkbare meerdere belasting, vandaar dat dieetregeling voor de ouderen zo belangrijk is. Aan de andere kant is geregeld bewegen van alle gewrichten belangrijk voor de instandhouding van de bewegelijkheid.

Het tweede zwakke punt is de bloedsomloop, hart en bloedvaten, ook weer samenhangend met het dieet, met dikker worden, met vetgebruik vooral van dierlijke vetten. In dit verband is plantenboter beter dan roomboter, ondanks het feit, dat vele ouderen plantenboter („margarine" zegt men minachtend) minderwaardig achten. De aderverkalking tast de bloedverzorging der hersenen (geheugen) en de bloeddoorstroming der spieren aan (intermitterend hinken). Bloedvatverwijdende middelen zijn hier misschien nuttig. Is er eenmaal een beroerte opgetreden, dan dient de heilgymnasiast(e)-masseur(se) ingeschakeld te worden. De hartkramp die op kan treden bij plotselinge inspannende bewegingen is een verschijnsel van gebrekkige bloedvoorziening van de hartspier. Aangeraden kan worden alle bewegingen vooral in de aanvang langzaam en beheerst uit te voeren.

Het derde punt dat aandacht vraagt is de verzorging van benen en voeten. Vooral wanneer de bloedsuiker-spiegel neiging tot

verhoging vertoont (diabetes), dan worden de spataders van de benen snel beschadigd, zowel door warmte (hete kruik) als door wrijven (jeuk, wassen met ruw materiaal).
Voetverzorging is ook belangrijk om de bewegingsmogelijkheden door kleine wandelingen te handhaven.

De verzorging van ouderen betekent een grote belasting voor de verzorgster, omdat de aan de patiënt te besteden moeite groot is en dankbaarheid daarvoor niet verwacht mag worden. De ouderen nemen die verhoogde zorg als iets wat hen toekomt en waarvoor helemaal geen dank verschuldigd is.

Revalidatie van oudere patiënten

Over de naam revalidatie wordt getwist. De Engelsen en Amerikanen spreken van „rehabilitation", de Duitsers van „Wiederertüchtigung" of „Wiedereingliederung". In ons land zijn eerst pogingen gedaan om de naam rehabilitatie ingang te doen vinden, maar dat is niet gelukt vanwege de aloude betekenis van *moreel* herstel die aan de uitdrukking rehabilitatie vastzit.
Revalidatie en revalidering zijn dan nog zo slecht niet wanneer men zich wel bewust is van de relatieve waarde die aan het begrip valide moet worden toegekend, waarover later.

Revalidatie betekent het herstel van vroeger aanwezig geweest zijnde capaciteiten. Dit herstel wordt bereikt door een complex van invloeden, dat op de te revalideren patiënt wordt uitgeoefend en dat op hem of haar inwerkt.
Hierbij speelt onder andere de fysiotherapie een grote, soms zelfs een overwegende rol. Onder fysiotherapie verstaat men daarbij zowel gymnastiek en massage als bewegingstherapie, licht-, warmte- en elektriciteit-, ultrakortegolfbehandeling, diathermie als ultrageluidsgolven, alsmede baden en mechanotherapie, bovendien het onder deskundige leiding beoefenen van sport en spel. Daarbij mag nooit worden vergeten dat niet alleen het ziek geweest zijnde menselijke lichaam, maar juist ook de beschadigde psyche bij dit alles een zeer grote rol speelt.
De patiënt kleeft aan zijn hulpbehoevendheid vast. Hij wordt immers geholpen, hij behoeft zich niet méér in te spannen dan

hij zelf wenst, alles wordt voor hem gedaan, veel meer gedaan dan toen hij nog gezond was. In dit paradijs wenst de patiënt te blijven ondanks zijn minderwaardigheidsgevoelens en ondanks zijn betuigingen dat hij toch zo graag aan het werk zou willen gaan.

Naast de maatregelen hierboven genoemd is dus beslissend voor het succes van de revalidatie, dat de arts het vertrouwen van de te revalideren persoon weet te winnen. Van belang is ook dat de revalidatie zo vroeg mogelijk begint. In verband met wat wij reeds eerder gezien hebben omtrent de invloed van de immobilisatie op oudere mensen, spreekt het wel vanzelf dat dit vroeg beginnen juist voor de ouderen zo belangrijk is.
Het is nu van belang hier ook te wijzen op de enorme en dikwijls vergeten invloed van de heilgymnast-masseur-fysiotherapist op de houding van de patiënt. Deze functionaris moet werkelijk de rechterhand van de arts zijn. Vaak lukt het hem nog eerder en nog meer het vertrouwen van de patiënt te winnen, want hij heeft minder dan de arts de naam iets te verzwijgen voor de patiënt („ze vertellen je toch niet alles") of een eventueel somber vooruitzicht voor de patiënt te verfraaien.
Wanneer arts en heilgymnast-masseur een team vormen dat elkaar de kaarten weet toe te spelen, dan is de patiënt daarbij het meest gebaat.

Om een revalidatie te doen slagen moet namelijk de medewerking van de patiënt *gewonnen* worden. Men zou op het eerste gezicht willen zeggen dat die medewerking toch vanzelf spreekt, dat de patiënt wel heel dom zou zijn *niet* te willen medewerken.
De praktijk bewijst dat het in werkelijkheid heel anders is en

dat dergelijke vanzelfsprekendheden niet betrouwbaar zijn, dat men op een dergelijke logica niet rekenen mag.

In werkelijkheid is die medewerking diep in de psyche van de patiënt, in zijn onderbewustzijn, niet vanzelfsprekend. De instelling van de patiënt tegenover zijn herstel is duidelijk ambivalent, dat is zowel positief als negatief. Hij kleeft onderbewust aan de bevoorrechte positie die het patiënt-zijn hem geeft, vast, en moet door de arts overtuigd worden dat het beter is te herstellen en weer normaal mee te gaan doen.
De revaliderende arts moet dus een grondige psychologische kennis bezitten om de reacties van de patiënt te kunnen begrijpen en daaraan leiding te kunnen geven.
De oudere patiënt gedraagt zich vaak tegenover de huisgenoten geheel anders dan tegenover vreemden, tegenover hem behandelende en onderzoekende doktoren, of tegenover de werkgever waarvan hij afhankelijk is.
Vaak zal men horen dat een ouder iemand thuis een echte tiran kan zijn, terwijl de behandelende arts zowel als de werkgever (bij monde van de personeelchef) verklaren dat zij niet begrijpen, dat een zo meegaand en gemakkelijk te leiden iemand onder zijn huisgenoten en naaste omgeving de naam kan hebben onhebbelijk, tiranniek en onhandelbaar te zijn.
Bij de revalidatie van allerlei oudere patiënten moet men letten op de opgeruimdheid en het prettige karakter, die door de patiënt vaak worden gesimuleerd. Hier moet rekening gehouden worden zowel met het feit dat een herstellende onder de invloed van een ziekenhuisomgeving zijn uiterste best zal willen doen, als met het even belangrijke feit, dat de eigen omgeving van de patiënt niet gelooft, dat datgene wat van de herstellende gevraagd wordt mogelijk is of hem of haar zelfs maar enig goed zal doen. Integendeel.

Jo Vincent

Concertzangeres

Mevrouw Jo Vincent werd geboren op 6 maart 1898 te Amsterdam en is een van onze meest gevierde zangeressen, die reeds op tweeëntwintigjarige leeftijd haar eerste oratorium-uitvoering gaf in „Die Schöpfung". De ernst en de toewijding, die zij aan de dag legde brachten haar al direct op het eerste plan.
Op veertigjarige leeftijd – in 1938 – werd haar internationale optreden belemmerd, omdat zij in Duitsland „nicht erwünscht" was, hoewel men

haar tezelfdertijd in Wenen verzocht om hoofdlerares zang te worden! Van 1939 dateert haar eerste opera-optreden als „Contessa" in de Figaro. Haar plannen voor andere opera-rollen in „Fidelio" en „Rosenkavelier" konden door het uitbreken van de oorlog geen doorgang vinden. Toen stond evenwel vast wat het hoogst bereikbare was, namelijk: Bach, enkele opera-rollen, liederen van Schubert, Wolf, Brahms. Aan dit laatste kon zij zich geheel wijden van 1942–1945 op de van haar bekend geworden huiskamer-concerten, waarbij haar honorarium vaak uit de toen zo zeer begeerde levensmiddelen bestond. Na de oorlog betrad zij weer het concertpodium en liet zij velen in binnen- en buitenland genieten van haar uitzonderlijk mooie stem.

De laatste jaren houdt mevrouw Bos-Vincent zich voornamelijk bezig met zang-pedagogie en haar rijke ervaring is een waarborg, dat opkomende talenten bij haar in goede handen zijn!

Wanneer wij hier vragen betreffende revalidatie behandelen, dan denken wij op de eerste plaats aan patiënten die na een kortere of langere ziekte en ziekenhuisverpleging, eventueel na een operatief ingrijpen, aan de herstellende hand zijn en nu geholpen moeten worden hun validiteit zo spoedig mogelijk terug te winnen, teneinde hun vroegere werkzaamheden in hun volle omvang te kunnen hervatten (denk hierbij bijvoorbeeld aan een patiënt na een operatie wegens maagzweer e.d.). Verder denken we hier ook aan wat ernstigere patiënten die na een min of meer gevaarlijke hart- of vaataandoening zoals een angina pectoris, een thrombose, herstellende zijn en waarbij nu gepoogd zal worden de geschiktheid voor hun vroegere werk zoveel mogelijk terug te winnen.
Weer bij anderen – denk hierbij dan aan patiënten met een eerste aanval van reuma of jicht – zal het allereerste doel zijn zowel van de behandeling als van de revalidatie, een chronisch worden van de kwaal die zich openbaarde te voorkomen.
Ook kan het de bedoeling van de revalidatie zijn patiënten die een chronisch recidiverende aandoening hebben, denk hier aan astma, bronchitis, emfyseem, in een zodanige conditie te brengen, dat zij meer weerstand hebben tegen deze chronische bedreiging ofschoon men zich zeer wel bewust is, dat algeheel herstel wel uitgesloten mag worden geacht.
Een toenemend contingent van dit soort patiënten is de geopereerde die wordt gerevalidiseerd nadat er een long wegens een eenzijdig gelocaliseerde longaandoening is weggenomen.

Vanzelfsprekend mag men bij al deze patiënten de revalidatie-eisen niet altijd even hoog stellen. Per slot van rekening kan men oudere patiënten niet meer jong maken (ofschoon dit door sommige leden van de medische professie in de loop der eeuwen wel eens beloofd is) en komen er bepaalde verschijnselen voor,

die bij ouderen irreversibel zijn; daarbij is dan een volledig herstel van de validiteit moeilijk te verwachten. Toch zijn er steeds weer gevallen waar het eindresultaat van een goed geleide revalidatie erg meevalt.
Wanneer bij heel erg geïnvalideerde patiënten, bijvoorbeeld bij een halfzijdige verlamming na apoplexie, bereikt wordt, dat zij zich zonder veel bezwaren kunnen wassen en aankleden en wanneer zij dan daarbij nog zonder hulp naar het toilet kunnen gaan, dan is er al veel bereikt. Ook bij hoogbejaarden, boven 70 jaar, die ernstig ziek zijn geweest, is het doel van de revalidatie in de eerste plaats, dat zij zich binnenshuis zonder hulp kunnen redden bij alle functies die voor het dagelijkse leven essentieel zijn. Er bestaat bij velen die met behandeling, verpleging en verzorging te maken hebben een zekere weerstand tegen opneming van dit soort patiënten in ziekenhuizen of andere tijdelijke verpleeginrichtingen. Men is bang dat door deze patiënten de plaatsen bezet worden, die voor jongeren met meer nut en resultaat zouden kunnen worden aangewend. Men wordt in deze opvattingen versterkt door het algemeen aangenomen feit, dat ouderen langer ziek blijven wanneer zij eenmaal ziek geworden zijn en eenmaal in een ziekenhuis opgenomen, een bed dus ook langer zullen blijven bezetten.
Bij de oudste categorie van patiënten komt daar nog bij, dat men zich bezorgd maakt de patiënt niet meer gemakkelijk kwijt te raken, zelfs na een redelijk herstel en nadat hij dus medisch gesproken het ziekenhuis zou kunnen verlaten, maar nog wel verzorging nodig heeft.

Men bevindt zich dan in een moeilijk parket, dat behalve door gezond verstand en door statistieken ook door sentiment wordt begrensd. Daardoor heeft iedereen die tot nu toe zijn mening hierover heeft gezegd, gedeeltelijk gelijk, maar nauwelijks gelijk

over het gehele probleem. De ouderen nemen misschien een ziekenhuisbed eventueel langer in beslag, ze hebben evenwel evenveel recht op de beste behandeling als de jongeren. De validiteit van de oudere zal zich in vele gevallen evengoed herstellen als bij de jongere, waar dat herstel als vanzelfsprekend wordt beschouwd.
Er zijn echter een aantal ouderen (boven de 50 jaar) die na een ernstige ziekte een zekere mate van handicap zullen blijven voelen.
Zij zeggen zelf: „Ik ben niet meer wat ik vroeger was, maar ik ben ook geen 18 meer." Zij kunnen dan ook niet meer datgene presteren, wat zij vóór hun ziekzijn konden opbrengen; mag dit daarom een reden zijn ze te beschouwen als minder geschikt voor revalidatie?
In ieder geval bewijst de praktijk, dat mensen die op betrekkelijk jonge leeftijd een hartinfarct of een hersenthrombose krijgen, met behulp van de moderne medische behandeling en nabehandeling nog weer volledig geschikt kunnen worden voor hun vroegere zeer verantwoordelijke werk.

Oudere mensen worden om minder ernstige redenen invalide (gedeeltelijk arbeidsongeschikt, minder arbeidsgeschikt) dan jongeren, om verschillende redenen.
Langdurige bedrust is voor een ouder iemand meer ingrijpend dan voor jongeren. Spieratrofie, contracturen, doorliggen, thrombosen treden bij ouderen eerder op en eisen een grotere zorg en toezicht en een geschoolde verpleging.
Verkeerde voeding, éénzijdige voeding wreekt zich bij ouderen eerder dan bij jongeren.
Ongevallen treden bij oudere mensen eerder op en veroorzaken een langduriger invaliditeit.
Nu is het begrip invaliditeit of als men wil validiteit weer een

van de rekbare begrippen waaraan de geneeskunde zo rijk is. Professor Querido heeft ons duidelijk gemaakt, dat invaliditeit helemaal geen *medisch* begrip is. Hij zegt: (aangehaald in A.V.O. *25*, 10 (1953) 256) o.a.:

„Men kan zich de arbeidskrachten denken, opgestapeld in een zekere rangschikking, de beste, de sterkste, intelligentste enz. boven en naar onderen toe de steeds minder geschikte.

Hoe diep in deze laag getast zal worden, hangt af van economische factoren, die zeer samengesteld zijn.

De dikte van de laag op een bepaald ogenblik is „de arbeidsmarkt" en de economische noodzakelijkheid bepaalt, hoe ver in de laag de werkgever moet zoeken naar arbeidskrachten. Dat hij in bepaalde conjuncturen erg diep moet gaan en dus „minder geschikten" zal gaan gebruiken, heeft niets te maken met een medische beoordeling; hij is onder die omstandigheden bereid, deze „minder geschikte" te werk te stellen, omdat dat voordeliger is voor hem dan in het geheel geen arbeidskrachten te hebben.

De rol van de keuring is deze, dat hierdoor de rangschikking van de arbeiders duidelijker wordt, en dat de werkgever, als hij keus heeft in staat wordt gesteld, het kleinste risico te kiezen. Is er geen keus, dus grote schaarste aan arbeidskrachten dan is risico altijd nog beter dan een vacature op het werk; de medicus kan dan nog zo krachtig betogen, dat de man ongeschikt is, hij wordt toch aangesteld.

Het begrip invalide is derhalve geen medisch begrip. Het wordt gegeven door de dikte van de laag werkzoekenden, zoals ik hier boven bedoelde; de dikte van deze laag wisselt voortdurend en daarmede de grens van de invaliditeit. De medicus kan deze invaliditeit in medische termen uitdrukken, d.w.z. hij kan de afwijkingen opnoemen, waarom iemand onder de grens van de arbeidsmarkt gekomen is. Maar dit is steeds het achteraf

constateren van een langs andere wegen ontstane toestand. Invaliditeit betekent: niet van waarde. Maar: niet-van-waarde voor wie? Zeker niet voor de medicus. Voor de werkgever! Iedere poging het medische element in de omschrijving van het begrip invaliditeit tot het beslissende te maken, en dat zou het geval zijn, als er een medische begrenzing van de arbeidsmarkt zou worden opgesteld, moet m.i. schipbreuk lijden."

Hanman in Amerika, die op dit gebied een expert is, zegt dat eigenlijk iedereen slechts beperkt geschikt is. Niemand is geschikt voor iedere plaats in de maatschappij en men mag dus eigenlijk alleen van valide of invalide spreken wanneer men het oog heeft op een zeer bepaalde taak. Iemand die bijvoorbeeld invalide is voor bankwerker, zal 100% valide kunnen zijn voor telefonist.

Voor ons doel kan men graden van geschiktheid onderscheiden waarbij een eerste graad zou zijn: geschikt voor *zijn* beroepsbezigheden. Deze graad van validiteit moet door middel van revalidatie bereikt kunnen worden bijv. bij mensen die op betrekkelijk jonge leeftijd een hartinfarct hebben doorgemaakt. De tweede graad zou zijn de validiteit binnen eigen huiselijke en huishoudelijke kring. Voor de huisvrouw is deze graad even belangrijk als de eerste graad voor de man of voor de vrouw die een beroep uitoefent.
De derde graad is dan de validiteit betrokken op het zuiver individuele leven. Ik noemde hierboven als zodanig al de mogelijkheid zichzelf te kunnen helpen bij wassen, baden, aankleden, tandenpoetsen, haarkammen en het gaan naar het toilet.
Alleen de mensen die zelfs deze derde graad niet of nog niet bereikt hebben, hebben verpleging nodig. Op welke manier

dan in die verpleging voorzien moet worden, hangt weer van vele sociale en financiële omstandigheden af.
Wanneer het er naar uitziet dat deze behoefte aan verpleging blijvend zal zijn, kan men begrijpen, dat ziekenhuizen dergelijke patiënten liever niet opnemen, tenzij het ziekenhuis in casu beschikt over een speciaal voor dergelijke patiënten bestemde afdeling.
De moeilijkheden waaraan de ziekenhuizen blootstaan wanneer zij gemakkelijk bereid zijn bejaarde zieken op te nemen, namelijk dat zij deze patiënten niet meer kwijt kunnen raken, zouden voor een groot deel kunnen worden opgelost, wanneer men intensiever en meer dan thans geschiedt, gebruik zou willen maken van de diensten van de sociale werker(ster).
De huiselijke omstandigheden van het gezin waaruit de patiënt komt, bemoeilijken vaak diens terugkeer. De maatschappelijke werkster (ik noem voortaan alleen maar de vrouwelijke vertegenwoordigster van dit nog veel te weinig in aanzien zijnde beroep) kan hier voortreffelijk als intermediair optreden. Zij kan gaan uitzoeken welke die belemmeringen zijn en helpen deze uit de weg te ruimen. Zij kan ook veel wanbegrip bij de naaste omgeving van de patiënt met overtuigende argumenten veranderen in een medewerking verlenend begrijpen.

Bovendien is dit alles juist in staat de argumenten, bepleitende een doelmatige revalidatie van de oudere patiënt, ook van de bejaarde, te versterken. Immers hoe beter revalidatie hoe eerder mobilisatie van de oudere patiënt, hoe minder bedverpleging, hoe korter ziekenhuisverblijf en hoe gemakkelijker wederinschakeling in gezin en maatschappij mogelijk zal zijn.
Bij de nabehandeling die volgt terwijl de patiënt zich telkens van zijn huis naar de polikliniek van het ziekenhuis begeeft, is het van belang de familie van de patiënt te overtuigen, dat deze

mobiele behandeling ook, ondanks de inspanning die hiervoor van de patiënt gevraagd wordt, doorgezet moet worden. Dit is ook weer de taak van de sociale werkster. Wanneer de dokter dit doet denkt de familie (zowel als de patiënt) dat hij de argumenten gebruikt, alleen omdat het voor hem gemakkelijker is dat de patiënt naar hem toekomt inplaats van een langduriger verblijf van de patiënt in het ziekenhuis of inplaats van dat de dokter de patiënt thuis zou komen behandelen. Ook hier zal dus de sociale werkster de bezwaren van patiënt en omgeving kunnen opvangen en weerleggen, de sociale werkster wordt door beiden gemakkelijker geloofd dan de dokter.
Op deze manier ziet men dat de aanpassing van de patiënt aan milieu en werk goede vorderingen maakt. Telkens maakt men dan weer mede, dat de omgeving van de patiënt verzekert, nooit te hebben durven denken, dat de patiënt weer zó goed (zó valide!) zou kunnen worden.

Hier ziet men dan ook weer dat vele bezwaren die de arts in het begin van zijn behandeling en bij zijn eerste voorstellen ontmoet, eigenlijk voortspruiten uit angst bij de patiënt en bij zijn omgeving. Het is niet zo vreemd dat bij beide genoemden, bijv. vlak na het optreden van een hartinfarct, de angst voor de dood voortdurend aanwezig is. Het vertrouwen in de arts wordt dan op een zware proef gesteld en vooral als de voorgestelde maatregelen iets anders uitvallen dan men eigenlijk gedacht had. Meer nog wanneer vrienden en kennissen zich ermede bemoeien en gaan vertellen dat die en die bekende, „hetzelfde" heeft gehad en dat daar een „professor" bij gehaald was die heel andere maatregelen wilde nemen dan hier nu worden voorgesteld, dan ontmoet de arts door hem wel gevoelde, maar door patiënt noch omgeving helder geformuleerde weerstanden. Men hoopt dat de dokter een consult zal voor-

stellen en men durft deze hoop niet uit te spreken omdat de dokter dan zou gaan geloven, dat men hem niet vertrouwt (wat eigenlijk de volledige waarheid is).
Ook hier wordt de sociale werkster bij haar bezoek de zorg toevertrouwd en zij kan, mits haar contact met de arts maar groot genoeg is, de moeilijkheden gemakkelijk overbruggen.

Bij oudere patiënten moet men echter niet alleen denken aan een volledig herstel van alle vroegere functies. Toegegeven dat dit het ideaal van alle revalidatie is. Men moet zich echter bewust zijn dat men in sommige gevallen (meer naarmate men met ouderen te doen heeft) tevreden zal moeten zijn met het bij juist *deze* patiënt bereikbare.
De geringste eis, dat wat als een minimum moet worden gezien en niet uit het oog mag worden verloren, zonder welke de revalidatie als mislukt moet worden genoteerd, is, dat we voor de patiënten het leven weer aanvaardbaar moeten maken. Met andere woorden: als geringste eis stellen dat ze zichzelf in hun eigen omgeving moeten kunnen redden zonder hulp van anderen.

Huisvesting van oudere mensen

Nog niet zo heel lang geleden had de jonge mens – zodra hij of zij een levenspartner gevonden had – het denkbeeld, dat wanneer hij nu een huisje kon bouwen of kopen of zelfs maar huren, hij dan kon gaan trouwen en een gezin zou kunnen stichten.
Dat eigen huis was een ideaal en het in een eigen huis wonen was een status die vele andere goede dingen met zich mede bracht: een huis, een woning, een dak boven je hoofd, bescherming tegen de altijd agressieve buitenwereld, een eigen sfeer, een milieu waarin je werkelijk *thuis* was.
De uitroep: „Hè, hier voel ik me nu echt thuis" zegt heel veel en drukt al het bovenstaande als het ware in één zin uit.

Wanneer de vraag gesteld wordt – en dat is door meerderen op bijeenkomsten en in geschriften gedaan –: „wonen wij eigenlijk nog wel?" dan wil met die vraag uitgedrukt worden, dat alles wat vroeger „wonen" betekende eigenlijk voorbij is; dat de betekenis die vroeger aan een eigen huis gehecht werd, niet meer van toepassing kan zijn op de paar kubieke meter in dat complex van onpersoonlijke kubussen, dat tegenwoordig flatgebouw heet.
Dit wordt belangrijk wanneer men daarbij bedenkt, dat de woningproblemen van de oudere mens, die door omstandigheden, waarop ik later terugkom, uit zijn eigen woning naar een woonkolonie gedreven werd, na een enkele generatie verdwenen zullen zijn, want de volgende generatie heeft nooit een

woning in de oude zin gekend. De volgende generatie die nooit een eigen woning gekend heeft, kende slechts een begrensde ruimte waarin men zich terugtrok van de straat om te eten en te slapen.

Wat zijn nu de omstandigheden waarop ik boven doelde?
De jongeman die met het doel een grondslag voor zijn leven te stichten een huis ging bouwen, rekende er vroeger tevens op, dat er een onbepaald aantal kinderen zouden zijn als de vrucht en de kroon van dat leven. Het huis mocht dus niet te klein zijn. Wanneer de financiële achtergrond van het toekomstige gezin goed was, werd het huis zelfs nogal ruim opgezet.
Ondertussen zijn thans, nu de jonge man en zijn vrouw de tweede helft van hun leven al enige tijd geleden zijn begonnen – dat is dus meer dan 25 jaren later –, de kinderen die werden verwacht, geboren, groot geworden en opgevoed. Onder dit opgevoed moet men verstaan dat ze hun studie hebben voltooid, hun opleiding hebben doorlopen, bekroond met een diploma en een baan.
De kinderen die tot nu toe het huis bevolkten, gaan langzamerhand uitvliegen en een eigen bestaan vestigen.
De eens jonge grondleggers van de woning en van het daarin gehuisveste gezin worden langzaam (in eigen gevoel echter steeds sneller) ouder en het wordt ook langzaam maar zeker stiller om hen heen. Zij verkeren weldra in hetzelfde stadium, als toen zij meer dan 25 jaren geleden begonnen: toen met de hoop het huis, hun huis, hun woning met leven te vullen, nu met de zekerheid dat de opnieuw ontstane leegte zal blijven en dat zij beter doen uit te zien naar een kleiner verblijf. Vooral nu hulp voor oudere mensen zo schaars is en zo duur, vooral nu de niet meer zo moderne inrichting van de woning aanleiding geeft tot extra trappenlopen en extra inspanning, terwijl

dit alles in vele flatgebouwen kan worden vermeden, drukt het eigen huis zwaar op de schouders van het nu weer alleen wonende bejaarde echtpaar.

Het opgeven van de eigen woning is zwaar, het wegdoen van een gedeelte van de vertrouwde meubelen valt eveneens zwaar en men blijft plakken in de eigen woning totdat het niet meer gaat, het huishouden vastgelopen is en – meestal door invaliditeit van één lid van het paar – de andere het niet meer alleen redden kan. Feitelijk zou onze mentaliteit zó moeten zijn, dat de ouders vrijwillig hun „eigen" woning afstaan aan een der getrouwde kinderen met een zich uitbreidend gezin.
Zelf zouden ze beter te pas zijn in de kleine flat die het bedoelde jonge gezin thans bewoont.
Ook als het huis niet een eigen huis is, dus niet zelf gebouwd of gekocht, dan ziet men nog vaak, dat oudere mensen toch zó vertrouwd zijn met en gehecht zijn aan het huis dat op de lange duur hun *home* geworden is, dat zij er alleen onder grote weerstand toe overgaan hun vertrouwd verblijf op te geven en naar een meer comfortabele woning of een minder inspanning vragende flat te verhuizen.

De vraag is – en deze vraag kan ik niet beantwoorden – of de oudere generatie met haar oude begrippen en haar stabiele gewoonten, deze hardnekkige gehechtheid aan de woning juist daarom vertoont en of misschien de jongere generatie deze gehechtheid geheel of gedeeltelijk zal missen.
Anderzijds komt het ook onder de ouderen voor dat zij de te groot geworden woning gaarne zouden verlaten, maar dat de huidige woningsituatie ter plaatse zodanig is, dat het vinden en verwerven van een meer comfortabele en minder bewerkelijke woning praktisch tot de onmogelijkheden behoort. Naar-

mate het oudere echtpaar meer hulp-„behoevend" wordt, naar die mate drukt dit vraagstuk vooral psychisch op hen, en menig leven dat gedurende de laatste decenniën daarvan rustig en prettig had kunnen zijn, is door deze situatie een nachtmerrie geworden.
Alle maatschappelijke zorg gaat uit naar het jonge gezin of naar het jonge paar dat trouwen wil, beginnen wil en geen woning naar zijn zin kan krijgen.
Het zich in een te grote woning bevindende oudere echtpaar dat zich echt niet meer redden kan, wordt vergeten. Samenwoning van oudere met jongere mensen is een oplossing die alleen maar aanleiding geeft tot spanning en ruzie, een schijnbare oplossing die vele levens in de afgelopen jaren heeft verpest.
De tolerantie van de ouderen waardoor een dergelijke samenleving mogelijk zou worden, is een gevaarlijk waandenkbeeld, de ouderen zijn niet tolerant maar onverdraagzaam.
De neiging van de jongeren de ouderen te helpen, is een even groot drogbeeld, na enkele dagen wordt de gevraagde hulp ondervonden als een ondragelijke belasting.

Schopenhauer heeft de mensheid vergeleken met een kudde stekelvarkens; in de kou kruipen ze bij elkaar om zoveel mogelijk warmte te vangen, maar zodra ze elkaar te veel naderen dwingen de stekels ze toch weer om afstand van elkaar te nemen.

Wanneer we daarmede ongemerkt gekomen zijn tot de huisvesting van de bejaarden, dan valt eerst op te merken, dat we daarbij een duidelijk onderscheid moeten maken tussen zieke bejaarden en gezonde (normale) bejaarden. Per slot van rekening is de niet-zieke bejaarde eenvoudig slechts een gewoon

mens op een bepaalde leeftijd (dat is bijvoorbeeld een zuigeling ook).
Meer en meer wordt het thans mode te trachten de bejaarden tezamen te brengen in een bejaardentehuis, ook wel bejaardencentrum genoemd. Ook hierbij doet men goed de zieke bejaarde d.w.z. de chronisch zieke bejaarde te onderscheiden van de normale bejaarde, die omdat hij een bejaard mens is, meer en vaker ziek is dan een mens in de bloei van zijn leven.
Deze korte ziekteperiodes die bij ouderen veel meer voorkomen dan bij jongeren, kunnen in het eigen bed worden doorgebracht en de verpleging kan door de eigen huwelijkspartner plaats hebben. Dit verblijf in eigen omgeving en dit verzorgd worden door eigen vertrouwde hand, werkt opbeurend en bevordert aldus de genezing.
Desnoods kan onder deze omstandigheden de gezonde wederhelft die voor de verpleging zorgdraagt, enige malen per dag worden bijgestaan of aangevuld door de wijkverpleegster, die via de huisarts kan worden aangetrokken.
De kruisverenigingen hebben hier tot taak zorg te dragen voor een voldoende „bemanning" van de wijkverpleging, zodat iedere afzonderlijke wijkzuster genoeg tijd en gelegenheid heeft de patiënten waarvoor haar zorg gevraagd wordt, voldoende van die zorg te laten profiteren. Wanneer mijn waarnemingen op dit gebied juist zijn, ontbreekt in de meeste streken van ons land hieraan nog al wat, en zijn vele wijkverpleegsters door overbelasting niet in staat te geven wat zij eigenlijk zouden willen en zouden moeten kunnen geven.

Natuurlijk kan ondanks dit alles, of dank zij dit alles, opneming in een ziekenhuis noodzakelijk worden, omdat verdere behandeling in het eigen bed niet meer verantwoord zou zijn.
De bezwaren die het gewone normale ziekenhuis soms tegen

opname van bejaarde patiënten heeft, zijn heel goed te begrijpen en werden reeds opgesomd in hoofdstuk veertien.
Daarom is een afzonderlijke geriatrische afdeling in een ziekenhuis van enorm groot belang. De opleiding van het personeel voor een dergelijke afdeling verdient bijzondere aandacht en de leiding moet in handen zijn van een verpleegster met een speciale scholing op dit gebied. De duur van de ziekenhuisverpleging moet bovendien zo kort mogelijk worden gemaakt. Het is mede daarom dat het bestuur van een bejaardencentrum zorgen moet voor revalidatiemogelijkheden buiten dat ziekenhuis en in organisatorisch verband met het bejaardencentrum, bijvoorbeeld in het verpleeghuis.
Een dergelijk verpleeghuis bestaat tot nu toe in Nederland nog niet.

Wartena omschrijft dit begrip verpleeghuis tijdens een voordracht voor de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie als volgt: „. . . een inrichting waarin chronische zieken adequaat worden behandeld, verpleegd en gehuisvest."
Zo een verpleeghuis moet dus ook revalidatiemogelijkheden bieden (de meest eenvoudige, het is geen revalidatiecentrum); er moet mogelijkheid zijn binnenshuis arbeid te verrichten en buiten tuinwerk te doen. Aangezien als regel de verpleegduur vrij lang zal zijn, moet voor een gezellige huisvesting worden gezorgd en het personeel moet zijn opgeleid in de verzorging en verpleging van ouderen.
Aan de belangen van dat personeel moet bijzondere aandacht worden besteed. Velen die met de leiding van dergelijke centra belast zijn, en dit geldt evengoed voor de directie van ziekenhuizen, schijnen nog steeds van mening te zijn, dat men alle beschikbare ruimte op de eerste plaats moet volstoppen met instrumenten en uitrusting, dat daarna aan de te verplegen

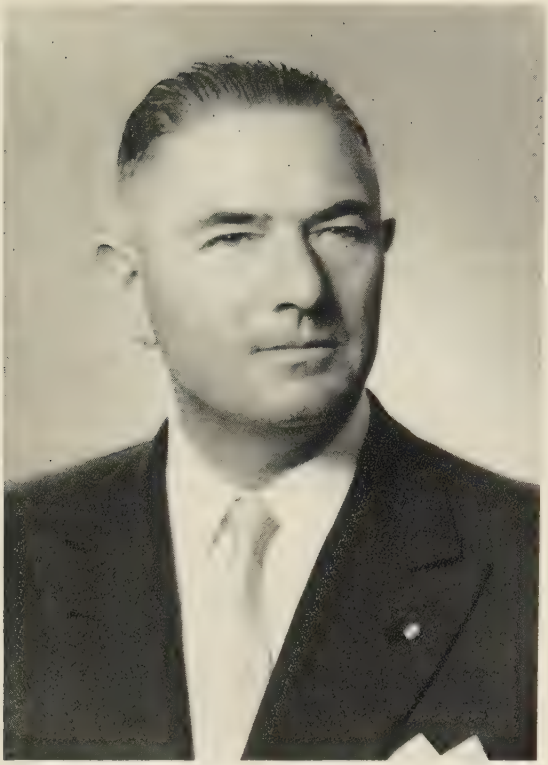
mensen aandacht moet worden besteed en dat men dan in de overschietende ruimte het personeel nog wel bergen kan.

Dit is een van de redenen van het huidige gebrek aan verplegend personeel. Wanneer er meer aandacht zou zijn besteed aan de huisvesting, aan de persoonlijke vrijheid, aan de verzorging en aan de „vrije-tijdsbesteding" (conversatiekamer, rustkamer, bibliotheek) van het verplegend personeel, zou de huidige afkeer van de meesten voor een opleiding als verpleegster nooit de afmetingen van vandaag hebben aangenomen.
Wanneer wij bekwame mensen vragen om zich in te spannen en al hun aandacht te geven aan de verpleging van zieken, van bejaarden en andere mensen die tijdelijk hulp behoeven, dan moeten wij bereid zijn deze mensen overeenkomstig hun zware verplichtingen te betalen en te behandelen (dus ook te huisvesten).
Vertoont onze maatschappij deze bereidwilligheid niet, dan zal daardoor voor velen en gedurende lange tijd schade worden geleden; dit is de weg die wij thans ingeslagen hebben, waarom nu lamenteren omdat de daarvoor geschikte of geschikt te maken krachten, *onder de door ons zelf gestelde condities*, niet willen, niet kunnen werken?

Zelfs geestelijke stoornissen die bij de ouden van dagen meer voorkomen dan bij jongere mensen, kunnen bij de huidige stand van de mogelijkheden van farmacologische beïnvloeding van deze toestanden (tranquillizers e.d.) vaak thuis worden behandeld, zonder dat opname in een psychiatrische inrichting noodzakelijk wordt.
De huisarts van de patiënt moet de behandeling in eigen hand houden, de specialist kan consultatief optreden. De huisarts

moet bij alle geneeskundige behandeling van de ouderen steeds de centrale figuur blijven. Daarbij zal hij vaak geconfronteerd worden met allerlei vragen omtrent de huisvesting en de dagelijkse verzorging, welke vragen hij mee zal moeten helpen oplossen.
De aan de gemeentelijke diensten verbonden en voor alle in de gemeente woonachtige bejaarden werkende sociale werkster zal daarbij onschatbare diensten kunnen bewijzen.

Hier, weer stuitende op de sociale werkster, vragen wij ons met Dr. Cloeck af: „Is dit niet een vergeten aspect?"
Onder deze titel werd door Dr. Cloeck een nabetrachting gehouden over het congres van Scheveningen in 1956. In het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde bepleit hij voor de sociale werk(st)er een eigen scherp omschreven functie bij de zorg voor de bejaarden. Aangezien het maatschappelijk werk zich richt op de persoon in zijn relatie met anderen, moet de sociale werk(st)er juist op dit punt inspringen en helpen. Daarvoor is nodig dat hij – wat ik al eerder bepleitte – helpt de bejaarde een goed begrip te geven van zijn eigen situatie en hem de beperkingen die hem daarbij duidelijk voor ogen komen, goed leert begrijpen en leert aanvaarden. De sociale werker moet dan ook – ik heb dat ook reeds eerder gezegd – psychologisch behoorlijk georiënteerd zijn.
De sociale werker kan verder medewerken bij de organisatie van een efficiënte hulpverlening in huis, hij of zij moet contact hebben met tehuizen voor bejaarden en met de verzorgings- of verpleeghuizen. Speciaal met de laatsten, daar de sociale werk(st)er de voornaamste steun zal moeten zijn bij het openhouden van de plaats, die de bejaarde vóór zijn gang naar het verpleeghuis verlaten heeft en die voor hem moet worden bezet gehouden.



C. Verolme

Scheepsbouwer

De heer Verolme werd op 4 september 1900 te Nieuwe-Tonge geboren. Het begin van zijn loopbaan lag in de smederij en wagenmakerij van zijn zwager in Kootwijkerbroek. Maar hij zag wel in, dat het noodzakelijk was – als hij iets wilde bereiken – zich verder te gaan bekwamen. Hij koos daartoe geen gemakkelijke weg, met name het volgen van een avond-h.b.s. en -m.t.s.
Op nauwelijks negentienjarige leeftijd kreeg de heer Verolme een plaats

als constructeur bij een Rotterdamse scheepswerf. In 1929 trad hij in dienst bij Gebrs. Stork te Hengelo, waar hij de constructie van Dieselmotoren van het begin af meemaakte. Hij maakte geleidelijk promotie doch toen hij eind 1946 als hoofdingenieur bij genoemde firma werkzaam was, gaf hij vorm aan de gedachte die reeds in de oorlogsjaren bij hem gegroeid was, namelijk het stichten van een eigen bedrijf.
Op zevenenveertigjarige leeftijd richtte de heer Verolme het Scheepsinstallatiebedrijf „Nederland" op. Op een primitieve wijze werd begonnen in een klein gebouwtje van 20 x 7 meter. Aanvankelijk waren slechts vier mensen tewerkgesteld. Na vier jaar harde strijd – waarbij de heer Verolme zich tastend en vechtend een weg moest banen in een samenleving die hem node de industriële wereld zag binnentreden – werd hij scheepsbouwer toen hij op 1 juni 1950 de oude werf van Jan Smit Czn. te Alblasserdam overnam. Hij reisde de gehele wereld rond om opdrachten te krijgen en het lukte hem. Zijn bedrijf groeide en er volgden vele vestigingen zowel in binnen- als buitenland.

Deze veelbesproken „captain of industry" die – zoals hij zelf zegt – „het ouder worden in één woord verschrikkelijk vindt", heeft eens een uitspraak gedaan waaraan vele jongeren zich kunnen spiegelen: „Ik kan alleen van het leven genieten als de hartstocht van het werk mij bezielt!".

Waarheen zou hij anders moeten gaan, indien en wanneer zijn toestand weer zover verbeterd is, dat het verpleeghuis niet meer de juiste plaats voor hem (haar) is.

De sociale werk(st)er zal eveneens tot taak hebben de bejaarden regelmatig te bezoeken, al is het maar op de grondslag van een vriendschappelijk en belangstellend (vooral geen neerbuigend) praatje. Daarom zou ik de sociale werk(st)er liever in dienst zien van het bejaardencentrum dan van de gemeente. Alleen heeft het verleden ons geleerd, dat de sociale werk(st)er beter beschermd is en beter van zijn (haar) toekomst verzekerd is in dienst van de overheid. Het particuliere initiatief, in Nederland meestal op confessionele basis, onderbetaalt en overbelast.
Bij de bovenbedoelde huisbezoeken op vriendschappelijke basis, zal de sociale werk(st)er onwillekeurig en vanzelfsprekend betrokken worden bij alle belangrijke vragen die de ouden zullen moeten oplossen, zo o.a. het opgeven van de eigen woning.
Van het begin af aan zal de sociale werk(st)er zien, dat hij (zij) juist bij de huisvesting van de ouderen een der leidende rollen zal moeten spelen. In ieder geval kunnen wij het alleen reeds hierom met de heer Cloeck eens zijn, dat het maatschappelijke werk in het geheel van de bejaardenzorg, een eigen plaats heeft.

De ontwerpers en bouwers van bejaardentehuizen moeten zeer veel aandacht besteden aan bepaalde aspecten van de behuizing van de toekomstige bewoners van hun ontwerp.
Iedere bejaarde of ieder bejaard echtpaar moet zich in een of meer privé vertrekken kunnen terugtrekken op ieder ogenblik waarop dit als wens gevoeld wordt.
Anderzijds is het aanwezig zijn van een gemeenschappelijke zit- en conversatieruimte waar naar de T.V. gekeken, naar de

radio geluisterd, muziek gemaakt, gekaart, gedamd of geschaakt kan worden, zeer aanbevelenswaardig, ja eigenlijk onmisbaar om de handhaving van het onderlinge contact.
Met andere woorden: de oude toestand van de verpleging van mannen en vrouwen afzonderlijk en op zalen zal absoluut verworpen moeten worden.
Dat men in sommige van bedoelde inrichtingen de verplichting handhaaft, een of meer maaltijden per dag in de gezamenlijke eetzaal te gebruiken, is zeer aanvaardbaar en heeft motieven die in hoofdstuk twaalf reeds werden uiteengezet, voornamelijk motieven van sociaal contact, soms ook van voedingshygiënische aard.

Hier en daar wordt in de litteratuur vermeld, dat er in zo een bejaardencentrum een knutselvertrek ontworpen is, waar hout gesneden, getimmerd, met klei gewerkt en geverfd kan worden. Daarbij ziet men vaak met verwondering (van de zijde van de schrijver!) vermeld, dat er van dit knutselwerk zo weinig gebruik wordt gemaakt.
Toch liggen de redenen voor de weinige populariteit van een dergelijk knutselvertrek voor de hand.
Ten eerste wordt de plaats van de knutselruimte meestal zo slecht mogelijk gekozen: kelder of sousterrain is daarvoor regel.
Ten tweede is het helemaal de vraag of er wel veel oudere mensen zijn die willen knutselen. De zekerheid en vastheid van de fijnere vingerbewegingen is op latere leeftijd sterk afgenomen. Wanneer de knutselaar met grote voorzichtigheid een stokje of haartje of spijltje op zijn plaats wil brengen, gaan zijn handen trillen. Het lukt allemaal niet meer zo gemakkelijk, ze hebben er tevens geen geduld meer voor. Ik ben van mening dat knutselwerk door vele oude mensen niet meer geambieerd

wordt. Een (niet bezochte) knutselhoek in een der gemeenschappelijke conversatiezalen zou misschien wel de oplossing kunnen zijn voor de enkeling, die door knutselen wordt aangetrokken.

Voor toelating in een bejaardencentrum wordt vaak, niet altijd, een geneeskundige verklaring van geschiktheid gevraagd.
Het is wel wat moeilijk om mensen te gaan „keuren", dus medisch te gaan beoordelen, waarvan men eigenlijk verwacht, dat zij een aantal ziekelijke afwijkingen zullen hebben.
Meestal blijkt, wanneer de onderzoekende arts zich met de beherende autoriteit van het bejaardencentrum in verbinding stelt, dat de te stellen eisen scherper omschreven kunnen worden.
Vaak zal het hierop neerkomen, dat alleen beoordeeld moet worden of de keurling in staat zal kunnen zijn zich zelf te helpen in zijn eigen vertrek en altijd zal de vraag moeten worden beantwoord of hij geen gevaar oplevert voor de medebewoners.
Een reumatische gewrichtsaandoening zal soms de oorzaak kunnen zijn voor een ontkennende beantwoording van de eerste vraag; een infectieziekte zal gevaar kunnen opleveren voor het gehele huis.
Soms zal de onderzoekende arts tot de conclusie komen dat het bejaardencentrum, tot toelating waarvan de onderzochte moet worden beoordeeld, niet in staat is hem of haar de verzorging te geven die hij of zij nodig heeft en waarop gerekend mag worden. Betreft het een echtpaar en is de ene partner in staat de andere voldoende te helpen, te verzorgen en te verplegen, dan zal er vaak geen bezwaar behoeven te worden gemaakt tegen de opneming.
Oude mensen met bepaalde defecten en gebreken leveren in

de huidige situatie (geen adequate verpleeginrichting) soms een onoplosbaar probleem.
Is het bejaarde echtpaar valide, dan is een zogenaamde bejaardenwoning, die gewoon in de rij tussen de andere normale woningen gelegen is, een door velen nagestreefde oplossing.
De meest aantrekkelijke oplossing is destijds gerealiseerd door een der pioniers op het gebied der bejaardenhuisvesting in ons land, Pastoor Frans Stokman, en wel in zijn laatste parochie te Raalte, waar hij het eerste bejaardencentrum in ons land liet bouwen. Hier beschikte ieder bejaard echtpaar over een eigen huisje, de huisjes gerangschikt rondom een gemeenschappelijke centrale service, het zogenaamde pensiontehuis.
Centrale verwarming in ieder huisje, maaltijden uit de centrale keuken (indien gewenst), reinigingsdienst bij ziekte en meer dergelijke onderdelen in een centrale service opgenomen.
Bij deze door Pastoor Stokman gepropageerde en op zijn aanwijzingen op verschillende plaatsen in ons land gebouwde bejaardencentra, waren de voornaamste beginselen, die ook nu nog als de grondprincipes moeten worden gezien, de vrijheid en zelfstandigheid van de bejaarde mens binnen de muren van het aan hem verhuurde huisje.
Aangenomen wordt, dat ongeveer tien procent van het totale aantal bejaarden in ons land aan de bovengenoemde woonvorm behoefte heeft (A. G. Reyners).

Ten laatste is er dan het pensiontehuis zonder zelfstandige woningen, de vorm waaraan men gewoonlijk het eerste denkt wanneer men het woord bejaardencentrum uitspreekt.
Maar laten wij op de allereerste plaats blijven bedenken de woorden door collega Dijkhuis uitgesproken op het laatste Congres voor Gerontologie in ons land: „. . . . dat er ook veel

oude mensen zijn, die helemaal geen behoefte hebben aan een bejaardentehuis, die niet de minste behoefte hebben om na hun 65ste jaar anders te eten dan vóór dit 65ste jaar, die ook geen zin hebben in knutselen en die nu eens dingen willen doen waarvoor zij voordien geen tijd gehad hebben."

Slotbeschouwingen

Wanneer we nu de voorafgaande hoofdstukken overzien, dan blijkt het een echte lappendeken te zijn waarbij zich de behoefte openbaart hier en daar nog een stukje toe te voegen. Er zijn nog vele gaten te zien die gedicht moeten worden, afgezien van het feit, dat er grote stukken ontbreken omdat de auteur er geen oplossing voor weet, misschien zelfs omdat de oplossing nog aan niemand duidelijk is.
Enkele regelen en wensen komen toch wel naar voren. Een voortijdige pensionering (vóór het 65ste levensjaar) dient in het algemeen gemakkelijk gemaakt te worden. Dit volgt eigenlijk vanzelfsprekend uit het aangetoonde feit dat de leeftijd in jaren, ofschoon de algemeen aangelegde maatstaf vormend, juist als antwoord op de vraag: „wanneer pensioneren?" zeer onvolmaakt en ontoereikend is.
De voortijdige pensionering als bovenbedoeld zou dus op grond van een door de arts vast te stellen vermindering van de validiteit mogelijk, en gemakkelijk mogelijk, moeten zijn.
Terwijl iedere auteur op dit gebied U mededeling doet dat „men" op de leeftijd van 65 jaar nog lang niet altijd rijp is voor pensionering, moet deze mening toch als min of meer eenzijdig worden gezien.

Pensionering wordt daarbij gelijkgesteld met terugtrekking uit het actieve leven en juist de laatste tijd is het mij meermalen overkomen, dat mensen werkzaam in de administratieve sector van een bedrijf, soms collega's-bedrijfsartsen, zich bij mij

beklaagden dat zij tot hun 65ste jaar zouden moeten wachten alvorens zich te kunnen terugtrekken in een otium cum dignitate.
Deze mensen zeiden: „Met 60 jaar ben je nog in staat iets te doen, wat je prettig vindt, bij 65 jaar is dit eigenlijk minder goed mogelijk en ben je verder veroordeeld tot niets doen."
Hier is iets van waar, alleen is dan weer het gevaar aanwezig dat de terugtreding geschiedt uit een „genoeg hebben van", een „verveeld zijn" en niet uit hoofde van een werkelijk afnemende validiteit, wat mijns inziens toch de enige geldige reden zou moeten zijn een voortijdig pensioen toe te kennen.

Een andere thans algemeen gehandhaafde bepaling dient echter te verdwijnen.
Verreweg de meeste pensioenreglementen bepalen dat een cumulatie van pensioen en andere uitkeringen niet mogelijk is of slechts mogelijk is tot een bepaald maximum. Dit is mijns inziens een onredelijke bepaling berustende op zeer verouderde opvattingen, opvattingen die definitief moeten worden opgeruimd.
Wanneer iemand wegens, tijdens zijn werkzame periode opgelopen beschadigingen van zijn validiteit een uitkering heeft bijvoorbeeld van de Sociale Verzekeringsbank of van andere particuliere of wettelijke verzekeringsinstellingen, dan mag deze uitkering geen aanleiding zijn de pensioenuitkeringen met het gehele bedrag der sociale uitkering of ook maar met een gedeelte daarvan te verminderen, omdat anders een bepaald maximum zou worden overschreden.

Het argument: „Maar dan is zijn inkomen groter dan toen hij nog werkte", is een argument, dat geboren is uit onbewuste infantiele naijver en dat in een volwassen denkende maat-

schappelijke samenleving iedere grond, tot het nemen van voor het slachtoffer nadelige maatregelen, mist.
De enige reactie die men op een dergelijke uitroep zou kunnen opbrengen, is het wederwoord: „so what?"
Mag iemand wanneer hij in ruste is, op gevorderde leeftijd niet méér te verteren hebben dan toen hij nog werkte? Wanneer Uw antwoord, lezer, ontkennend is dan zou ik gaarne Uw argumentatie willen horen en die willen ontzenuwen.

Naarmate men er beter in zal slagen de oudere werknemer voor te bereiden op zijn gepensioneerd zijn, naar die mate zal de wens gepensioneerd te worden toenemen, vooral bij degenen die dan plotseling een tijd voor zich zien opdoemen, waarin ze gelegenheid zullen hebben de dingen te doen waarnaar ze altijd verlangd hebben.
De beschaafde mens heeft verleerd niets te doen, wij kunnen niet luieren, niet echt, zoals een primitieve mens dat kan. Men kan zijn werk verwaarlozen en wat anders doen, dat noemt de baas dan „lui". In werkelijkheid doet men als men heus lui is niets, en niet alleen maar wat anders dan zijn eigenlijke werk. Echt luieren is nergens mee bezig zijn, maar wat voor zich heen mijmeren, dit is echt wat de Amerikaan noemt „to relax".
Wij vervangen slechts de ene activiteit door de andere, de kunst van te luieren hebben wij evenwel verleerd.
Aan de andere kant zijn hobbies voor de moderne mens onmisbaar zodra hij de dagelijkse plicht van het werk, dat juk en die dwang, maar ook dat doel van ons leven, niet meer heeft.
Het dagelijkse werk is het wapen tegen onze angst voor het bestaan. Het werkelijke niets doen zou deze angst versterken en de weldaad van de pensionering moet dus voorzichtig worden gehanteerd. Niemand kan van die weldaad onvoor-

bereid en uitsluitend op eigen verantwoording genieten. De oudere mens zelf moet een woordje kunnen meespreken, maar het woord moet niet aan hem alleen gelaten worden. De arts moet eveneens het zijne kunnen zeggen, per slot van rekening moet er een geldige reden zijn om iemand van zijn „niets doen" te laten genieten.

Soms zal men gezamenlijk, dat wil zeggen werkgever, werknemer en adviseurs, waaronder de arts, komen tot tijdelijke andere oplossingen als bijvoorbeeld verkorte werktijd, langere verlofperiodes of een kortere of langere proeftijd waarin blijken moet, dat de aanvrager zijn „dolce far niente" aan kan (psychisch aan kan). De vraag is reeds gesteld of de gepensioneerde geholpen moet worden bij een zinvolle vrije-tijdsbesteding. Laten wij vooral niet vergeten dat die vrije tijd zinvol moet zijn in de zin van de gepensioneerde, niet wat WIJ voor een ZINVOLLE vrije tijd aanzien. Het antwoord is dan ook positief „NEEN" tenzij de gepensioneerde zelf om die hulp vraagt. Meestal zal die vraag dan luiden: „Heeft U soms iets voor mij te doen?"
De voorbereiding op de pensionering moet in het algemeen zo zijn (worden), dat een dergelijke hulp, wanneer het zo ver is, niet meer nodig is.

De profylaxe van het oud worden moet niet beginnen met 60 jaar. Helemaal machteloos is de voorbehoeding dan nog wel niet, maar zou men een goed succes willen boeken, dan moet die voorbehoeding tegen vroege veroudering in de jeugd beginnen en bestaan in een vroegtijdige, juiste en voortdurende beoefening van lichte athletiek, gepaard gaande met een juiste voedingswijze en een overigens inachtnemen van de regels der hygiëne.

Er is echter geen wet van oud-worden die voor iedereen geldig is, dus ook geen preventie die schematisch op iedereen van toepassing kan worden verklaard. Ieder mens moet ook op dit punt van tijd tot tijd in overleg treden met zijn huisarts, om te weten of een lichte koerswijziging nodig is.
De juiste wegen naar de ouderdom zijn vele. Daarbij is het nodig dat de oudere zich vooral ook psychisch voorbereidt. De ouder wordende mens moet de buitenposten die in het felle zoeklicht van de erkenning staan, verlaten en zijn intrede doen in de stille en buiten het licht der schijnwerpers werkende raad der ouden. Merkwaardig is het wel, dat bij alle natuurvolkeren de hoogste macht altijd berustte en nog berust bij de raad der ouden.
De oude mannen die niet meer strijden en niet meer op jacht gaan, maar die door hun ouderdom rijk zijn aan ervaring en in het dagelijkse leven veel hebben waargenomen en nu tijd hebben dit alles en de consequenties daarvan te overwegen.
De jonge krijgers zijn te heftig en te snel tot actie geneigd, de ouden zijn wijs en weten wat wachten betekent, wachten tot het juiste tijdstip, voor wat dan ook, is aangebroken.
Waarschijnlijk staat de moderne mechanische ontwikkeling van onze zogenaamde beschaving het langzame tempo van de raad der ouden niet meer toe. Dan kan men alleen maar zeggen dat wij door onze vooruitgang veel verloren hebben.

Wat de liefde betreft zagen wij, dat ook voor de oudere mens de sexuele neigingen niet zonder betekenis zijn geworden, wat door velen zeer ten onrechte wordt aangenomen. Het climacterium is zowel voor man als vrouw de tijd voor het moeizaam vinden van een nieuw psychisch evenwicht. Wanneer dit evenwicht echter eenmaal bereikt is, dan blijkt veel van wat vroeger zo waardevol was, zijn oude betekenis ten volle te hebben

behouden, echter in een ander licht. De sexualiteit is niet meer het doel, de eigenlijke vervulling van het leven. Van iemand houden zonder hem of haar te willen veroveren of beheersen, dat is de liefde van de rijpere jaren.

Wat de werksfeer betreft zagen we dat het leven van de oudere mens meer ingewikkeld wordt. Naarmate de mens ouder wordt en meer ondervinding heeft opgedaan, ziet hij meer en meer mogelijkheden waaruit een keuze moet worden gedaan. Daarom wordt zijn besluit in een bepaalde situatie minder gemakkelijk te nemen. Zijn mentale geschiktheid voor zijn werk en zijn werksituatie is belangrijk toegenomen, evenals de betekenis voor hem van het begrip verantwoordelijkheid. Hij is daardoor als oudere werker voor het bedrijf meer waard en verwacht dan ook dat hem daarvoor begrip wordt getoond. Bij gebrek aan dat begrip verschijnt het probleem „Stress" en als gevolg daarvan het klinische complex dat „managerziekte" genoemd is en dat eigenlijk niets anders is dan wat vroeger onder „break down" (overspannen zijn) werd verstaan.
De profylactische maatregelen die hiertegen te nemen zijn, een meer juiste levenswijze, een juiste verdeling van werk en ontspanning, de juiste wijze van ontspanning en vakantie, dit alles dat in onze tijd in het algemeen zo slecht wordt verstaan, werd besproken in hoofdstuk elf.

Enkele vragen die zich bij het ouder worden voordoen, werden beantwoord door te wijzen op het bestaan van zekere „rechten". Zijn we tegenwoordig met dat woord „recht" niet een beetje snel? We vragen of de 65-jarige geen *recht* heeft om mee te spreken in de wijze waarop de pensionering zal worden uitgevoerd. We zeggen zeer gemakkelijk, dat de bejaarde *recht* heeft op een menswaardig bestaan, waarvoor de jongeren of de

staat de *plicht* hebben dit menswaardige bestaan mogelijk te maken enzovoorts, enzovoorts.
We noemen daarbij *recht* wat onze wensdromen inhouden en we spreken van *plicht* bij alle noodzakelijke maatregelen om die wensdromen te realiseren. Ik ben van mening dat daarbij te weinig nuchter en rationeel wordt nagedacht en dat tegenover die plicht van de staat en van de jongere generatie heel wat *plichten* inplaats van rechten van de ouderen staan, waarover veel te weinig gepraat en veel te weinig geschreven wordt.
De vrees voor de uitspraken van de raad der ouden is ook uit het primitieve onderbewustzijn van de moderne mens nog lang niet verdwenen.

Soms dreigt onze beschaving economisch te bezwijken onder de last van alle sentimentaliteiten die te berde gebracht worden in verband met de zuigelingen, de ouden van dagen, de zwakken en de gebrekkigen. Zo is ook talloze malen al de vraag te berde gebracht en beantwoord: „Wat hebben we, wat heeft de samenleving nog voor nut van de ouden van dagen?"
Laat ik U meteen zeggen dat wanneer we de „raad der ouden" verwerpen, die vraag nooit bevredigend beantwoord kan worden en ook nog nooit bevredigend beantwoord is.
Sommigen zeggen dat het zo jammer is dat de moderne bejaardenzorg als overheidszorg, als georganiseerde bejaardenzorg, de persoonlijke charitas waartoe de jongeren verplicht zijn (alweer dat begrip „plicht"?, onvoldoende gemotiveerd) verdringt.
Daarbij wordt gedacht aan vroegere toestanden en wordt volkomen voorbijgezien hoe volkomen onpraktisch en dus onvoldoende die persoonlijke charitas was.
De persoonlijke charitas, het verrichten van goede werken, heeft zijn eigen waardevolle plaats en zo lang er werkelijk

godvrezende mensen zijn, zal deze ook niet verdwijnen. Maar men moet ons niet willen vertellen, dat zij het leed der armen en behoeftigen en bejaarden beter weg nam dan de moderne zorg voor het materiële en economische welzijn van de bevolking van een beschaafde staat. Overdrijven van die openbare zorg leidt eveneens tot excessen, waarvan de doorvoering tot rampen voert. Wie daarvan voorbeelden wil hebben leze Huxley's „Brave New World" vertaald onder de titel „Het Soma-paradijs", of de eerst kortelings verschenen zeer lezenswaardige roman van Ian Rand getiteld „Atlas shrugged".

Gezondheidszorg voor bejaarden kan slechts op een bevredigende wijze worden georganiseerd en uitgeoefend wanneer allen, die in deze organisatie een noodzakelijke plaats vervullen, ervan doordrongen zijn, dat geestelijke evenwichtigheid van *alle* betrokkenen een noodzakelijke voorwaarde voor succes is.

Laat iedereen daarom duidelijk inzien, dat wij op dit ogenblik nog op het verkeerde spoor zijn. Zo lang gezegd wordt (wat thans gezegd *moet* worden), dat de bejaardencentra die gebouwd en georganiseerd worden centra zijn voor *rijke* bejaarden, zolang zijn wij op de verkeerde weg.
Men schijnt volkomen te vergeten, dat het merendeel der oudere mensen pensioentrekkers zijn, zonder eigen financiële achtergrond. Van dat pensioen, hoog of laag, veel of weinig, zullen ze moeten leven. Het is hier moeilijk om cijfers te noemen, deze lopen te veel uiteen, maar een feit blijft, dat ook het betrekkelijk hoge pensioen zeer veel afwijkt van het inkomen dat voordien verdiend werd en dat de levensstandaard, volgens welke 40 jaren achtereen geleefd werd, heeft bepaald.
Wanneer een bejaardencentrum zodanig is ingericht, dat daar-

in *die* levensstandaard wordt aangehouden en voortgezet, dan is de pensionprijs (huurprijs per echtpaar) van dat centrum te hoog voor de gemiddelde gepensioneerde.
De rijke bejaarde die een dergelijk verblijf betalen kan, heeft het bejaardencentrum eigenlijk nauwelijks nodig en kan zich ook zonder die dure inrichting wel redden.
Degenen die zich niet kunnen redden en die geholpen zouden zijn met een dergelijke gemeenschap als het bejaardencentrum schijnt te bieden, kunnen het niet betalen; zij kunnen er alleen op een middag eens langs wandelen om te zien hoe mooi en hoe groot dat alles toch wel is opgezet!
De dringend om een oplossing roepende vraag is dus: „Hoe kunnen we de thans in de bejaardencentra ter beschikking komende plaatsen toegankelijk maken voor de mensen met een laag pensioen, juist die mensen die deze plaatsen zo dringend nodig hebben?"

Belangrijk is verder dat in alle genoemde problemen de bejaarden zelf worden gekend, dat er niet eenvoudig over de bejaarden beschikt wordt en beslist als over een stel schoolkinderen, maar dat zij zelf een stem in het kapittel hebben en meebeslissen over wat er zal gaan gebeuren en hoe dat zal worden uitgevoerd.
Dat de tegenwoordige *samenleving* meer belangstelling voor de ouderen zou hebben is een fictie, die gesteund wordt door het feit, dat er *enkele intellectuelen* zijn, bij wie deze belangstelling wakker geworden is. In de huidige samenleving draait alle belangstelling juist om prestatie (Olympische spelen, Tour de France, records staan in het middelpunt van de belangstelling); de ouderen, veertigjarigen en daarboven kunnen, hoge uitzonderingen daargelaten, niet meer mee en verdwijnen uit het gezichtsveld. Daartegenover kunnen schrijvers, journalisten,

docenten in theoretische vakken en juristen zich nog lang handhaven, maar die kunnen nauwelijks op records bogen. Abstract redeneren, bouwen met woorden en zinnen zijn werkzaamheden waarin de bejaarde zelfs kan uitmunten, wanneer zijn belangstelling en ervaring hem daartoe ten dienste staan.

Misschien dat het ooit nog zal komen tot een herwaardering van de oudere mens in de maatschappij wanneer wij vooral uit Engelse bronnen vernemen, dat men daar zulke goede ervaringen heeft opgedaan met het handhaven en zelfs het weder aanstellen van bejaarde, maar daardoor ook ervaren, meer betrouwbare en meer stabiele arbeiders.
Ook heeft de – de laatste tijd toegenomen – belangstelling voor ongevallen en het ongevalsgebeuren ertoe geleid, dat men is gaan inzien, dat oudere arbeiders niet méér (zoals vroeger werd aangenomen) maar beduidend minder ongevallen hebben dan jonge werknemers. Een voornaam punt echter, waarin de oudere arbeiders duidelijk achterblijven, zijn de werkzaamheden die handvaardigheid eisen en aan een tijdslimiet gebonden zijn. De oudere arbeider kan niet gehaast worden.
Wanneer onze lichaamskrachten te kort gaan schieten, wanneer lange wandelingen, klimtochten, sport-prestaties en inspannende arbeid duidelijk bezwarend gaan worden en niet lang meer kunnen worden volgehouden, is de mens aangewezen op de geestelijke capaciteiten die hij zich gedurende zijn leven eigen gemaakt heeft.
Een voorbehoedend middel voor een vacuum op de oude dag is dus de vroegtijdige zorg voor een voldoend geestelijk bezit en deze geestelijke rijkdom, waaruit wij later willen putten, moeten wij in de jeugd verwerven.
Menig student is zich hiervan nauwelijks bewust en gaat verkwistend om met de kostbare jaren die hem gegeven zijn om

zijn geestelijke rijkdommen (kennis en belangstelling) op te hopen.
Wanneer de oude mens deze geestelijke rijkdommen verzameld, bewaard en onderhouden heeft, zal hij niet voor het gevreesde vacuum komen te staan, maar hij zal voldoende stof vinden om de vrijgekomen tijd met belangwekkende bezigheden te vullen.

Biologische onderzoekingen hebben thans duidelijk uitgemaakt, dat de mens begint te verouderen zodra de groei afgelopen is, dat is: met 20–21 jaar.
De veroudering gaat zelfs sneller tussen 20 en 50 jaar dan daarna: „rien n'est éternel, sauf te transitoire".

Wat betreft de huisvesting van ouderen, van gepensioneerden, van bejaarden, meen ik, dat bij de besprekingen daaromtrent gevoerd in diverse bijeenkomsten en congressen, te weinig aandacht gegeven is aan de rol die het *bedrijfsleven* hierin kan en moet spelen. Het is bij grote bedrijven nog steeds gebruikelijk dat de huisvesting van bedrijfsdeelnemers van hoog tot laag, mede (zo niet geheel) verzorgd wordt door het bedrijf. Bedrijfswoningen van de arbeiders af tot de hoogste functionarissen toe zijn in de omgeving van vele grote bedrijven aanwezig en vormen een deel van het bezit van het bedrijf.
Dat een functionaris als vanzelfsprekend de bedrijfswoning, waarin hij jarenlang gehuisvest is geweest, verlaat wanneer hij gepensioneerd wordt, is een feit, maar een feit dat berust op een psychologische fout.
Een man die jaren lang ergens gewoond heeft voelt zich daar „thuis" en voelt zich, ondanks alle rationele argumenten die hem wel degelijk bewust zijn, gekrenkt wanneer hij dat huis als gepensioneerde moet gaan verlaten.

Die wrok leeft door, ook bij de kinderen van die man die thans reeds bij datzelfde bedrijf werken, de zonen die eens in de omstandigheden van hun vader zullen verkeren en de dochters die getrouwd zijnde met in dat bedrijf werkende jonge mannen, meer door hun sentiment dan door hun verstand geleid, de gekrenktheid van hun vader nog meer meevoelen dan de zoons.

Vandaar dat het niet zelden voorkomt, dat in een streek die als geheel zeer sterk aan een bedrijf gebonden is, dat bedrijf de algemene zondebok wordt.
Alle narigheid die in de streek voorkomt, alle verdriet dat geleden en alle tegenslag die ondervonden wordt, wordt op de een of andere soms zeer irrationele wijze teruggebracht tot een schuld van „Het Bedrijf". Het wordt tijd dat van psychologische zijde dergelijke reacties en de voorkoming daarvan ernstig worden onderzocht. Men zal dan onder meer tot de ontdekking komen, dat één der factoren die een wrok doen groeien tegen dat bedrijf het feit is, dat er onvoldoende aandacht wordt besteed aan de *directe* noden van de ouderen en gepensioneerden.

Bij het woord noden denkt men daarbij helaas alleen maar aan geld; de bedrijfsleidingen van de grote bedrijven moeten echter ook denken aan mensenliefde in de vorm van sympathiek medeleven, een oprecht waarderen en een waarachtige poging de noden te begrijpen en op te heffen in de vorm van bijstand door adviseurs, die de ouderen wijzen hoe en wat ze moeten en kunnen doen, door het aanwenden van hun invloed bij andere instanties (overheid, gemeente, bouwverenigingen, inkoopcentrales e.d.) teneinde hun vroegere employé's te helpen een menswaardig bestaan te handhaven.

Dat aan dit alles zo weinig wordt gedaan, is op de eerste plaats een psychologische fout, die door een goede en vooruitstrevende bedrijfsleiding bij de huidige stand van de psychologische wetenschap zou kunnen worden vermeden.

Litteratuurverwijzingen

Enkele litteratuurverwijzingen voor onze lezers die zich over bepaalde punten nader willen orienteren.

Praeadviezen verschenen naar aanleiding van het Congres inzake het bejaardenvraagstuk op 10 en 11 october 1956 te Scheveningen.
Verschenen bij Drukkerij N.V. Gorcum en Co.

Jac. W. Creyghton.
Waardig leeglopen (Otium cum dignitate).
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde. 23 mei 1958, nr. 11, pag. 255–256.

Jac. W. Creyghton.
Problemen rondom de pensionering.
Economisch-Statistische Berichten 44e jaargang, nr. 2172, pag. 153–155.

Bert Hanman.
Physical capacities and job placement.
Nordisk Rotogravyr. Stockholm. 1951.

Ernst Jokl.
Alter und Leistung.
Springer Verlag. 1954.

B. Lammers.
Gezondheidszorg in het bedrijf.
J. van Tuyl N.V. Zaltbommel. 1956.

C. J. Schmeink.
Wacht U voor de managerziekte.
Schuyt N.V. Baarn 1955.

Dr. J. S. Stratingh.
Samenleving en verminderde arbeidsgeschiktheid.
H. D. Tjeenk Willink & Zoon N.V., Haarlem I 1953 en II 1954.

Onze Voeding, als we ouder worden.
Uitgave van het Voorlichtingsbureau voor de voeding. 4e druk. 's Gravenhage.

Talrijke artikelen in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde van 1955, 1956, 1957, 1958, 1959 en de lopende jaargang 1960.

135

WERKCLASSIFICATIE door J. K. de Vries
Prijs **f 5.90**

De terzake kundige auteur geeft in een kort bestek een inzicht over de werkclassificatie en wat daarmede samenhangt. Hij weet dit moeilijke onderwerp op een zodanige wijze te belichten dat een ieder, die in de praktijk hiermede te maken krijgt een duidelijk beeld voor ogen komt.

De Werkgever: Een heldere uiteenzetting over het wezen en de toepassing van werkclassificatie . . .

Doelmatig Bedrijfsbeheer: In zijn boek schenkt de schrijver in het bijzonder aandacht aan de methodische problemen . . .

De Onderneming (C.S.W.V.): Wij bevelen dit in frisse stijl geschreven en ook grafisch keurig verzorgde boekje gaarne bij onze lezers aan . . .

Mens en Onderneming: Het eerste Nederlandse boek over dit onderwerp . . . . . op deskundige wijze geschreven.

In de serie „De Praktijk van het Leidinggeven" onder redactie van het Nederlands Instituut voor Bedrijfspaedagogie te Zeist, zijn verschenen:

PRINCIPES EN SPELREGELS VOOR ELKE CHEF
2e druk
GESLAAGD ALS CHEF... EN WAAROM?
HET GEHEIM VAN DE GOEDE CHEF
KADEROPLEIDING EN BEDRIJFSBESPREKINGEN
Prijs per deel **f 4.90**

Deze boekjes zijn bestemd voor leidinggevenden of voor hen, die daarvoor in opleiding zijn. Kennisname van deze boekjes betekent, dat men zich op de praktijk van alle dag kan voorbereiden, zodat men met meer effect de chefstaak kan vervullen.

Elseviers Weekblad: . . . het lezen van deze werkjes zal veel chefs niet alleen veel nut afwerpen, maar ook plezierige uren bezorgen.

Mens en Onderneming: alle waardering!

Zakenwereld: deze boekjes zouden wij onmisbaar voor chefs of aspirant-chefs willen betitelen . . .

Intergrafia: . . . buitengewoon nuttig voor het leidinggevende personeel.

De Gids: . . . een veelheid van praktische regels, die wij iedere chef kunnen aanbevelen.

Graficus: . . . boeiend, knap en leerzaam!